الأمراض النسائية

GYNAEKOLOGIE



الدكتور محمود الحافظ

إختصاصي بالأمراض النسائية والتوليد وجراحتها

الجزء الثاني



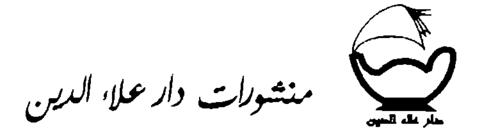
منشورات دار علاء الدين

الأمراض النسائية

GYNAEKOLOGIE

الدكتور
محمود الحافظ
اختصاصي بالأمراض النسائية والتوليد وجراحتها

الجزء الثاني



مُقدّمــة

ان كتاب السيد الدكتور محمود الحافظ التعليمي في الامراض النسائية باللغة العربية يلتقي بشكل وثيق في أسلوبه وطريقته مــع الكتب التعليمية الالمانية المتخصصة .

ولأقيّم هذا العمل وحيث أنني أجهل اللغة العربية فقد طلبت من المؤلف عند تدارسنا للكتاب وبخاصة عند مناقشة موضوع الاورام ترجمة النص الى اللغة الالمانية .

انني أعتقد رغم هذا الجهل باللغة العربية أنه يمكن للمرء عند تقييم هذا الكتاب التعليمي من حيث المحتوى ومن حيث التبويب أن يجد فيه الكتاب الذي يقدم للطالب وللطبيب المختص ما يتطلبه في هذا الموضوع .

ان المؤلف الذي كان قد أنجز اختصاصه في الامراض النسائية والتوليد في المشفى النسائي بجامعة كارل ماركس في مدينة لايبزيغ ، قد قدم في هذا الكتاب كثيرا من الطرق الاساسية في التشخيص والمعالجة المتبعة في مشفى لايبزيغ ، وهكذا فقد روعيت القواعد الاساسية بشكل عام .

انني على يقين من أن هذا الكتاب سيكون معينا قيما لطلاب الطب وللاطباء الذين هم في مرحلة الاختصاص ، انني أتمنى لهذا العمل واسع الانتشار .

البروفسور الدكتور Bilek بيلەك
رئيس المشفى النسائي بجامعة كارل ماركس
لايبزيــغ

مُقدّمــة

لقد أنهيت كتــابة الجزء الاول من كتــاب الامراض النسائيــة وطبــع عــام ١٩٧٣ ووعدت بانهــاء الجزء الثــاني وطباعته خــلال فترة معقولة ، الا أنني لظروف قاهرة تأخرت في انجاز هــذا العمل لذلك أتقــدم بالاعتذار راجيــا قبوله .

لقد قامت وزارة الصحة بتشكيل لجنة ، قيمت الجزء الاول ، والجزء الثاني . وانني اذ أتقدم بشكري للسيد الوزير وللسادة الاطباء أعضاء اللجنة أتمنى أن تلقى الاعمال العلمية المؤازرة والتشجيع .

الدكتور محمود الحــافظ

تقييم الجزء الاول :

الرقم : ١١٠/ص

السـيد الاسـتاذ الوزيـر

جوابا لكتابكم رقم ١٢٦٢٦/٥/٤٠ ÷ ٩/٥ المؤرخ في ١٩٧٤/١٢/١١ حول الاطلاع على كتاب الدكتور محمود الحافظ نجيـب :

اطلعنا على الجزء الاول من الكتاب والمخصص لبعض المظاهر الفيزيولوجية والمرضية للجهاز التناسلي عند المرأة والتي عرضت بشكل مدروس وعلى الطريقة اللاتينية من ناحية التبويب والتقسيم وعلى الطريقة الالمانية النمساوية من حيث المصادر والمعلومات .

ونرى أن هذا العمل يستحق الشكر لما بذل من أجله من وقت وجهد قام به فرد من تلقاء نفسه ونعتقد أن هذا الكتاب يحوي من المعلومات ما يفيد الطالب العـربي والطبيب الممارس والاخصائي وفيـه اغناء للمكتبة الطبية العربية . حبذا لو تتبنى وزارتنا مخططا عمليا لتشـجيع الترجمة والتأليف للعلوم الطبية .

واخيرا ليـس لنا الا ان نقدر هذا العمل النظري ونأمل له ولأمثاله التشجيع والمؤازرة والسلام عليكم .

دمشق ـ ١٩٧٥/١/٢٢

الدكتور	الدكتور	الدكتور
محمد أنور الفرا	**محمد سعيد الناشف**	**محمد مامون حميدان الصمصام**

تقييم الجزء الثاني :

السـيد الاسـتاذ الوزيـر

جوابا لحاشيتكم المتضمنة الاطلاع وتقييم كتاب الدكتور محمود الحافظ نجيـب :

اطلعنا على الجزء الثاني مـن كتاب الامراض النسائية وهـو مخصص للآفات المرضية العضوية للجهاز التناسلي عند المرأة وقد عرضت أبوابه بشكل مدرسي واتخذ مصدرا لمعلوماته المراجع الالمانية والنمساوية .

واننا نرى أن هذا العمل أخذ جهدا ووقتا لا يستهان به واننا نعتقد بفائدة هذا الكتاب لكل من الطالب العربي والطبيب الممارس والاخصائي على حد سواء وفيه اغناء للمكتبة الطبية العربية .

واخيرا ليس لنا الا أن نقدر هذا العمل والجهد الفردي ونأمل لأمثاله التشجيع والمؤازرة .

دمشق في ١٩٧٦/٩/١٢

مشفى الزهراوي

الدكتور	**الدكتور**	**الدكتور**
محمد سعيد الناشف	**مأمون حميدان**	**محمد أنـور الفـرا**

الباب الأول

القصة المرضية وطرق الفحص

Anamnese und Untersuchungstechnik

Clinical History and the technique of the examination

القصة المرضية : يتطلب التوصل الى معرفة القصة المرضية بالنسبة للامراض النسائية ، جواً ودياً بين الطبيب والمريضة يتيح له أثناء استجوابه كسب ثقتها ، لما في ذلك من أهمية كبرى في وضع التشخيص ، ويستحسن أن يكون الطبيب وحده مع المريضة ، لان الكثيرات يخجلن أثناء الاستجواب عند وجود شخص آخر .

يجب أن تشمل القصة المرضية بالترتيب السوابق العائلية ، والسوابق المرضية للمريضة نفسها ، ثم الولادات السابقة عندها ، فالقصة الطمثية (حالة الطموث السابقة) ، فالشكوى الحالية التي جاءت من أجلها كما هو مذكور في الجدول الاول .

كذلك يجب عند السؤال عن القصة المرضية ، أن نسأل بشكل خاص وقبل كل شيء عن الامراض التي أصابت القسم السفلي من البطن ، وعن تأثيراتها الجانبية التي نجمت عنها، وعن نوعية المعالجة المطبقة وعواقبها. كما نسأل أيضا عن عدد الولادات وتواريخها وما طرأ عليها من اختلاطات أو عقابيل ، وعن الاسقاطات التي تعرضت لها .

الجـدول الاول :

آ ـ السوابق العائلية .

ب ـ السوابق المرضية : الامراض بشكل عام ، الآفات التي تصيب الاجهزة ، متى ، كيف ، معالجتها ، ثم الامراض المتوضعة في أسفل البطن متى ، كيف ، معالجتها .

جـ ـ قصة الولادات : الولادات ، متى ، كيف ، الاختلاطات التي رافقتها ، الولادات المبكرة (الخداج) متى ، كيف ، الاختلاطات .

د ـ القصة الطمثية : الطمث الاول .
الطمث الاخير .
الشكل الطمثي .

هـ ـ الشكوى الحالية : النزوف .
الألـم .
الضائعات .
الاضطرابات المعويـة .
الاضطرابات البولية .
آفات الثـدي .
الاضطرابات الاخرى .

هذا وبما أن جانباً مهماً من قصة المريضة يتعلق بالقصة الطمثية، لذا يجب أن تسأل المرأة عن تاريخ حدوث طمثها الاول (Menarche) ، وعن الفترة الزمنية الفاصلة ما بين الطموث ، وعن شدة ومدة كل طمث . كما يجب سؤالها عن تاريخ طموثها الـ (٤ ـ ٦) طموث الاخيرة التي سبقت مجيئها للفحص ، وتسجيل ذلك كله على انموذج كالتنباخ ، حيث يستطيع الناظر أن يرى القصة الطمثية في فترة الشهور المسجلة ، كما يلاحظ كافة الاضطرابات التي رافقتها . علماً بأنه يمكن أيضاً تسجيل عدد قطع (الشاش أو غيره)

الذي استخدمته المرأة في فترة /٢٤/ ساعة ، حيث يساعدنا ذلك على تقدير كمية الطمث •

كذلك يجب سؤالها أيضاً عما اذا كانت تصاب بنزوف بعـــد الاتصال الجنسي وبعد التغوط •

أما اذا كانت المرأة في فترة ما بعد النشاط التناسلي ، فيجب سؤالها عن السنة التي شاهدت فيها آخر طمث منتظم ، وعن النزوف التي يحتمل أنها شاهدتها بعد ذلك • اضافة الى ذلك كله يتوجب سؤال المرأة في اطار القصة الطمثية عن المستحضرات الهرمونية التي استعملتها ، ثم يختم الاستجواب أخيرا بالسؤال عن حالة الثديين ، وعن سير وظيفة المثانة والامعاء ، كما تسأل بشكل خاص عما اذا كانت تصاب بعدم استمساك البول بعد تعرضها لسعال أو عطاس •

الفحص النسائي : **Gynaekologische Untersuchung**
Gynecological Examination

قواعـــد عامـــة : بعـــد الانتهاء من استجواب المريضة ومعرفة قصتها المرضية ، توضع على طاولة الفحص النسائي التي تتيح لها وضعاً استرخائياً يساعد الطبيب على اجراء الفحص النسائي بسهولة •

هذا ويشترط قبل اجراء الفحص النسائي ، أن تفرغ المريضة مثانتها بالطريق الطبيعي ، أما اذا كانت هناك ضرورة لأخذ كمية من البول للفحص فيتوجب عندئذ أخذه بقثطرة المثانة • كذلك يجب قثطرة المثانة اذا تعـــذر افراغها بالشكل الطبيعي مع مراعاة التعقيم مراعاة دقيقة •

يستوجب اجراء الفحص النسائي وجود ممرضة أو مساعدة الى جانب الطبيب لمعاونته أثناء الفحص ، ولتكون شاهدة فيما اذا حاولت المريضـــة ادعاء أشياء غير صحيحة بالنسبة للطبيب أو غيره • لاجراء الفحص يجب على

الطبيب استعمال الكفوف المعقمة ، كما يجب أن تكون كافة الادوات المستعملة للفحص معقمة أيضاً ، وكذلك يجب وضع قطعة نظيفة من المشمع أو النايلون أو من أية مادة كتيمة اخرى تحت إليتي المريضة ، على أن تستبدل بعد كل فحص • أما بالنسبة للاضاءة فيفضل استعمال اضاءة يمكن تركيزها بحيث تتيح مشاهدة جوف المهبل بوضوح ، لذلك وعلى هذا الاساس يمكن استعمال الاضاءة المثبتة على جهاز منظار المهبل المكبر Kolposkope .

تأمل الاعضاء الظاهرة :

بعد أن توضع المريضة بالوضعية النسائية ، يبدأ الفاحص بتأمل البطن والاعضاء التناسلية الظاهرة ، حيث يجب أن يهتم بتعيين نمط حدود شعر العانة حذاء جبل الزهرة ، تقدير حجم البظر وحالة الشفرين الصغيرين ، قدرة الاشفار على الانغلاق ، ثم التبدلات التي قد تبدو على الفرج ، كما تجب ملاحظة شكل ونوع فوهة المهبل ، ومعرفة فيما اذا كانت المفحوصة عذراء أم غير ولود أم ولود • كذلك يتوجب معرفة ما اذا كانت مصابة بسقوط مهبلي ، لذا يجب أن يطلب منها أن تضغط نحو الاسفل (كما يحدث عند التغوط) خشية وجود سقوط غير ظاهر أو خفيف تصعب ملاحظته •

يمكن تلخيص جميع هذه الفحوص المذكورة حسب الجدول الثاني التالي :

الجدول الثاني :

آ ــ تأمل البطن ، تأمل الفرج ومدخل المهبل، مع أخذ لطاخة من صماخ البول •

ب ــ الفحص بمنظار المهبل Spekulum .

جـ ــ تأمل عنق الرحم وجدار المهبل بالعين المجردة •

د ــ الفحص الخلوي لتحري الاورام (أخذ لطاخة من عنق الرحم ومن قناة العنق وفحصها خلوياً) •

هـ ـ فحص نسجي للمهبل بهدف التشخيص الوظيفي .

و ـ فحص الضائعات وتشخيص الاسباب التي أدت الى حدوثها (أخذ المفرزات من الرتج الخلفي للمهبل وتحري الجراثيم والطفيليات فيها ، أو زرع هذه المفرزات لتحري العناصر الاخرى) .

ز ـ الفحص بمنظار المهبل المكبر Kolposkopie .

ح ـ أخذ لطاخة من عنق الرحم لتحري المكورات البنية (بالنسبة للاطفال والمسنات تؤخذ أيضاً لطاخة مهبلية .

ط ـ يمكن أيضاً اجراء تجربة اليود لشيللر .

ي ـ الفحص النسائي ويكون :

بالمس المهبلي .

بالمس المشروك بالجس .

بالمس الشرجي .

بالمس الشرجي المهبلي .



الشكل (١) الاعضاء التناسلية الظاهرة :

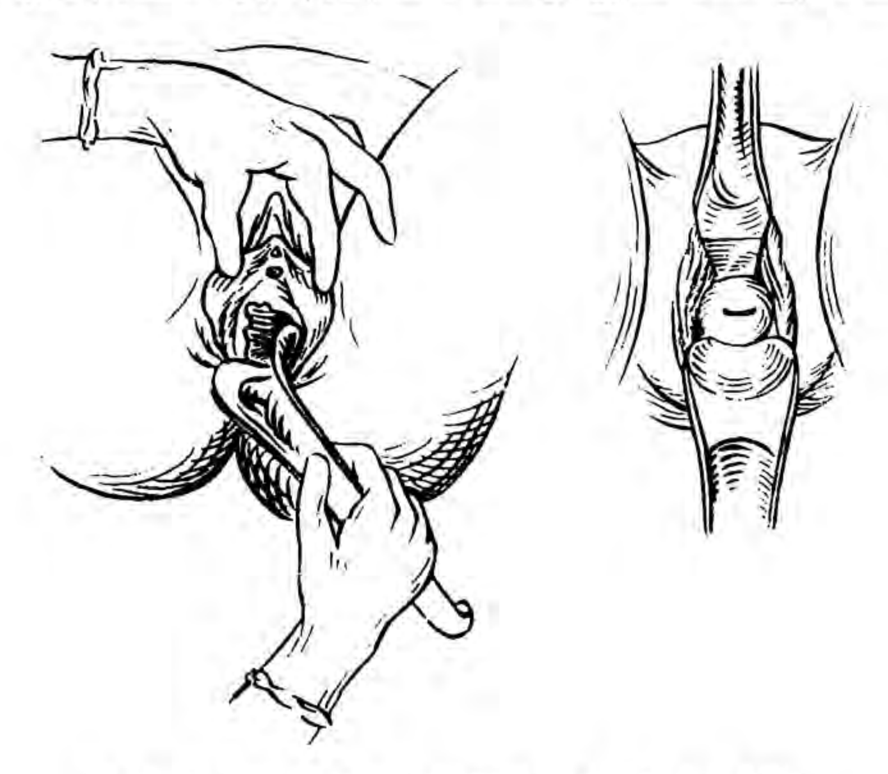
آ ـ فتاة بالغة عذراء ، ب ـ امراة متزوجة حديثا ، ج ـ امراة ولود
١ ـ جبل الزهرة ٢ ـ البظر مع القلنسوة Praeputium ٣ ـ الشفر الكبير ٤ ـ الفوهة الظاهرة للاحليل او فوهة صماخ البول ٥ ـ الشفر الصغير ٦ ـ فوهة قناة غدة بارتولان ٧ ـ العويكشة الخلفية ٨ ـ العجان ٩ ـ الشرج .

وجميع هذه الفحوص تجري بهدف التعرف على حالة جسم الرحم (الحجم ، الشكل ، القوام ، الوضع ، الحركة) •

ك ــ وأخيرا كتابة وثيقة تحوي على نتائج مجموعة هذه الفحوص •

الفحص بمنظــار المهبــل Spekulumuntersuchung :

يساعد منظار المهبل على فض المهبل وتبعيد جداريه عن بعضهما البعض ، ويكون إما على شكل انبوب زجاجي ، أو على شكل مبعدين مستقلين تختلف أحجامهما ، كما يختلف قطر الانبوب ، باختلاف سعة المهبل ، أما المنظار ذو المصراعين المتفصلين فقد قل استعماله كثيرا • ينصح بتغطيس المنظار بمادة سائلة قبل ادخاله لتسهيل انزلاقــه ، كما يتوجب تبعيد الاشفار بالسبابة



الشكل (٣) آ ــ كيفية ادخال المبعد الخلفي ؛ ب ــ فض المهبل وتبعيد جداريه بمنظار المهبل المؤلف من مبعدين مستقلين **Spekulum** .

والابهام لليد الحرة • لاستعمال منظار المهبل الزجاجي ذي الشكل الانبوبي ، يضغط أولا بمقدمته على العويكشة ثم يدفع مع تدويره باتجاه المهبل ، ولكن يحذر من احداث ضغط شديد على الاحليل • أما عند استعمال المنظار المؤلف من مبعدين مستقلين ، فبعد تبعيد الاشفار بالسبابة والابهام كما ذكرنا ، يدخل المبعد الخلفي ، الذي يكون على شكل ميزابة ، بزاوية قدرها /٤٥/ درجة تقريباً ، ثم يدوّر مع الدفع لينطبق على العويكشة ، أما المبعد الامامي فيدخل منطبقاً على الجدار الامامي للمهبل مع الجر عليه قليلا نحو الاعلى ، حيث يمسك من قبل المساعدة لكي يتسنى للطبيب المعالج أن يستعمل يده الحرة للفحص بمنظار المهبل المكبر أو لأخذ لطاخة مهبلية •

تكمن أهمية الفحص بمنظار المهبل ، في إتاحة الفرصة للطبيب الفاحص لتأمل القسم المهبلي لعنق الرحم بالعين المجردة أو لفحصه بمنظار المهبل المكبر •



الشكل (٣) منظار المهبل المكبّر Kolposkope .

يكون عنق الرحم عند النساء غير الولودات رفيعاً ، وتكون فوهته الظاهرة نقطية (صغيرة ومدورة) ، أما عند الولودات فيكون غالباً ضخماً ،

وتكون فوهته الظاهرة على شكل شق معترض ، بحيث يقسم هذا الشق الفوهة الى قسمين ، قسم أمامي ويسمى الشفة الامامية ، وقسم خلفي ويسمى الشفة الخلفية .

ان لحجم عنق الرحم ولحالة المفرزات المخاطية للعنق علاقة وثيقة بوظيفة المبيض . كما ان الفحص بمنظار المهبل يتيح الفرصة للتعرف على حالة القسم السطحي لعنق الرحم ، إذ يمكن التعرف بالعين المجردة على اللطخة البيضاء Leukoplakie وعلى اللطخة الحمراء (Erithroplakie) أي على الأكتوبيا Ektopie ، التي هي عبارة عن هجرة النسيج الابتليالي الاسطواني من باطن عنق الرحم وتوضعه على القسم الظاهر للعنق ، الذي يكون عادة مستوراً بنسيج ابتليالي مسطح ، علماً بأنه عند وجود احدى هاتين الاصابتين يتوجب عندئذ اجراء الفحص بمنظار المهبل المكبر والفحص النسجي لوضع التشخيص الحقيقي لهما .

كما يمكن بالفحص بمنظار المهبل المكبر التعرف على التبدلات الاخرى مثل تمزق إيميت Emmet Riss(Emmet Ruptur) لعنق الرحم، وعلىالمرجلات وعلى الكونديلوما المؤنفة ، وكذلك على حالات سرطان عنق الرحم المتقدمة التي تكشف عادة بالعين المجردة . كذلك بالنسبة للنساء الحاملات ، يمكن بالعين المجردة أيضاً مشاهدة اللون البنفسجي الذي يصطبغ به المهبل وعنق الرحم .

هذا ولتحري سرطان عنق الرحم ، تؤخذ مادة الفحص بشكل روتيني من فوهة عنق الرحم ومن قناة العنق على شكل لطاخة ، ثم تفحص فحصاً خلوياً . كما تؤخذ في بعض الحالات الخاصة لطاخة مهبلية من المناطق الجانبية للمهبل ، ثم تفحص فحصا خلويا لأخذ فكرة عن الحالة الهرمونية عند المرأة المفحوصة.

كذلك يتيح لنا الفحص بمنظار المهبل ، أخذ المفرزات لفحصها مجهرياً أو زرعها ، وذلك بهدف تحري الدويبات المشعرة ، أو الفطور ، أو الجراثيم الاخرى التي أدت الى حدوث الضائعات ، على أن تؤخذ اللطاخة من الرتج

الخلفي للمهبل ، يتلو ذلك عادة الفحص بمنظار المهبل المكبر بعد مسح عنق الرحم بمحلول حمض الخل بنسبة ٣٪ ، وفي الحالات المشتبه في كونها من منشأ سرطاني ، يمكن اجراء تجربة اليود لشيللر بعد ذلك •

كما يتوجب بالنسبة للنساء اللواتي هن في سن النشاط التناسلي ، أخذ لطاخة من صماخ البول ، ومن عنق الرحم ، ومن قناة عنق الرحم ، لتحري المكورات البنية •

أما لتشخيص أسباب العقم عند المرأة المفحوصة ، فتجري فحوص خاصة على المفرزات المخاطية لعنق الرحم •

أخيرا وعند اخراج منظار المهبل ، يفحص الطبيب بالتأمل المناطق المهبلية التي كانت مستورة به •



الشكل (٤) الفحص باليدين او المس المشروك بالجس

الفحص النسائي : Gynaekologische Untersuchung
Gynaecological Examination

للوصول الى نتائج صحيحة بالفحص النسائي ، يجب أن يتمتع الطبيب الفاحص بخبرة كافية ، وبحساسية جيدة في اللمس ، مع تصور سابق للحالة الطبيعية للناحية المفحوصة • يجب أن نميز في الفحص النسائي بين الفحص بالمس Toucher - Touchieeruntersuchung ، والفحص باليدين

Binanuelle Untersuchung (Bimanual Palpation) أي المس المشروك بالجس ، حيث يحاول الفاحص بمساعدة اليد الماسة (داخل المهبل) واليـد الجاسة (على البطن) ، أن يكون فكرة عن مكان وحالة الاعضاء التناسلية الباطنة . هذا وبالنسبة لليد الموجودة داخل المهبل ، يدخل السبابة بلطف الى قاع المهبل عند النساء غير الولودات ، والسبابة والوسطى عند الولودات ، أما بالنسبة لليد الجاسة الموضوعة على البطن ، فيتوجب في البداية استعمالها في تبعيد الاشفار ما بين الابهام والسبابة ، على أن نبتعد قدر الامكان عن ملامسة البظر المعروف بحساسيته الشديدة ومنطقة الاحليل ، كما يتوجب علينا عندئذ مس قاع الحوض ، وجدار المهبل ، ورتوجه ، وعنق الرحم لتكوين فكرة تقارن بالنتائج التي استحصلنا عليها عند الفحص بمنظارالمهبل.

أما بالنسبة للفحص بالمس المشروك بالجس ، فيطلب من المريضة الارتخاء التام ، وأن تصالب ساعديها أمام صدرها ، وأن تبعد ساقيها وفخذيها عن بعضهما البعض ، عند ذلك يجس جدار البطن باليد الموضوعة عليها بباطن الاصابع (وليس برؤوس الاصابع) مع قليل من الضغط ، بحيث يستطيع الفاحص أن يحصر الرحم ما بين اليد الماسة واليد الجاسة ، لكي يتحقق من الحالات التالية :

١ ــ حجم الرحم
٢ ــ شكله
٣ ــ قوامــه
٤ ــ وضعــه
٥ ــ حركتــه

١ ــ حجم الرحم : يختلف الحجم الطبيعي للرحم عــادة بين امرأة وأخرى ، كما يتعلق ذلك أيضا بعدد الولادات ، الا اننا بشكل عام نعني بالحجم الطبيعي للرحم ، الحجم الذي يعادل الحجم المتوسط لبيضة الدجاج ، هذا وتعني ضخامة الرحم ، بصرف النظر عن الحمل ، غالبا الاورام العضلية.

٢ ـ **الشـكل** : يشبه الرحم من حيث الشـكل شكل اجاصة ذات سطح أملس •

٣ ـ **القـوام** : يكون قوام الرحم غير الحامل قاسيا نسبيا ، أما الرحم الحامل فيكون ليناً (قوام تينة ناضجة) •

٤ ـ **الوضـع** : يتميز الرحم عند أغلب النساء بعلامة واسمة هي تكوين زاوية منفرجة نحو الامام ، سواء بالنسبة للزاوية المشكلة ما بين القطر الكبير لعنق الرحم والقطر الكبير المهبل (الانقلاب الامامي) ، أو بالنسبة للزاوية المشكلة ما بين العنق وجسم الرحم (الانعطاف الامامي) ، لهذا فان الرحم يكون مائلا للامام نحو المثانة بينما ينظر عنق الرحم باتجاه الجدار الخلفي للمهبل ، أي أن الرحم بالنسبة لغالبية النساء يكون منقلباً ومنعطفاً نحو الامام •

لذلك عند الفحص بالمس المشروك بالجس بالنسبة للارحام المنعطفة نحو الامام ، يمكن الشعور بها في الرتج الامامي للمهبل ، بينما يشعر بالأرحام بالنسبة للارحام المنعطفة نحو الخلف باليد الماسة في الرتج الخلفي للمهبل •

لذا يكون التعرف على حـدود الرحم غالباً صعباً بالنسبة للارحام المنعطفة نحو الخلف ، مما يؤدي الى صعوبة في تقدير حجمه ، لهذا يجب على الفاحص أن يدخل اليد الماسة عميقاً في الرتج الخلفي ، وأن يضغط باليـد الجاسة بشدة على جدار البطن لكي يشعر بالرحم المتوضع في تقعير عظم العجز ، ثم يتوجب عليه عندئذ أن يحاول معرفة ما اذا كان الرحم المنعطف نحو الخلف حراً بحيث يمكن تقويمه باليد الماسة أم لا ، ولكن اذا تألمت المريضة من هذه المحاولة فعليه أن يتوقف عن اكمالها •

علينا أن نعلم أنه في بعض الحالات النادرة يكون الرحم فيها في وضع ممتد بشكل مستقيم نحو الخلف ، أي في وضع متوسط لا هو بالمنعطف نحو الامام ولا هو بالمنعطف نحو الخلف •



الشكل (٥) أوضاع الرحم : آ ـ الانعطاف الامامي   ب ـ الوضع (الممتد)
أي لا هو بالانعطاف الامامي ولا هو بالانعطاف الخلفي
ج ـ الانعطاف الخلفي

٥ ـ حركتـه : يمكن تحريك جسم الرحم وعنق الرحم أثناء الفحص بالمس الى كافة الاتجاهات ، لذلك يتوجب مراقبة المريضة مراقبة تامة لمعرفة فيما اذا كانت تشعر بأي ألم أثناء هذا التحريك •

علماً بأن الآفات الالتهابية في الرحم ، واكتوبيا عنق الرحم **Ektopie** في فترة الحمل ، وكافة الآفات المتوضعة في الحوض الصغير، تؤدي جميعها عند تحريك عنق الرحم الى شعور المريضة بالالم • تتحدد حركة الرحم بالدرجة الاولى في السرطانات المتقدمة لعنق الرحم ، وسرطانات المبيض ، وفي أورام الرحم وأورام المبيض ، وفي الندبـات التي تشكلت عقب الالتهابات التي حدثت سابقا •

يعتبر جس الملحقات وتعيين حالتها ، أصعب من جس الرحم وتعيين كافة صفاته ، ويقدر حجم المبيض الطبيعي بحجم الجوزة ، أما البوق فهو ليّن تقـدر ثخانته الطبيعية بثخانة قلم الرصاص •

لذا يمكن جس المبيض الطبيعي عند النساء النحيفات ، بينما يصعب جسه عند النسـاء البدينات ، وعند اللواتي لا يتمكنّ من الاسترخاء بشـكل كاف عند اجراء الفحص ، الا ان البوق لا يمكن جسـه حتى بالنسبة للنساء

النحيفات • ولجس الملحقات يضع الفاحص يده الموجودة في المهبل في أحد الرتجين الجانبيين حذاء العنق ، ثم يحركها نحو اليمين أو نحو اليسار حسب الملحقات التي يراد فحصها يمنى كانت أو يسرى ، علما بأن المرأة تشعر غالباً أثناء الفحص بالالم عند ضغط المبيض •

الفحص عن طريق الشرج : Rektal Untersuchung
Digital examination per Rectum

يقوم الفحص عن طريق الشرج ، أو المس الشرجي ، مقام الفحص عن طريق المهبل عند البنات الصغيرات ، وعند الفتيات العذارى ، اللواتي يصعب عندهن ادخال اصبع من خلال فتحة غشاء البكارة الى المهبل • كما يمكن اجراء المس الشرجي كفحص مكمّل للمس المهبلي وقد يفضله أحيانا ، اذ يمكن ادخال الاصبع الماسة الى مسافة أعمق منها في المس المهبلي ، وبذلك يمكن للفاحص تعيين حدود الآفات المتوضعة خلف الرحم بشكل أوضح وبخاصة آفات الاندومتريوز Endometriose المتوضعة خلف عنق الرحم ، أو غيرها من الآفات المتوضعة في رتج دوغلاس •

كذلك يجب أن لا يهمل المس الشرجي في حالات سرطان عنق الرحم ، اذ يتيح لنا معرفة مدى انتشار الآفة السرطانية حول العنق • كما يجب اجراء المس الشرجي بشكل روتيني بعد المس المهبلي عند النساء الطاعنات بالسن ، كي لا يفوتنا تشخيص سرطان المستقيم الذي يصيب النساء عادة في سن متأخرة •

لاجراء المس الشرجي تستعمل أصبعية تلبس للسبابة فوق الكف وتغمس بمرهم أو بمادة زيتية لتسهيل انزلاقها ، ثم يطلب من المريضة أن تضغط كما لو كانت تحاول التبرز ، ليساعد ذلك على التغلب على تشنج العضلة المعصرة للشرج ، ثم يكمل الفحص كما ذكرنا عند اجراء الفحص بالمس المشروك بالجس •

الفحص بالمس الشرجي والمهبلي معاً :
Rekto-Vaginale Untersuchung
Recto-Vaginal examination

يقوم هذا الفحص على ادخال السبابة في المهبل والوسطى في الشرج ، حيث يحصل بذلك على نتائج مشابهة للنتائج التي حصل عليها بالمس الشرجي ، ويطبق هذا الفحص المزدوج عادة للتعرف على الآفات المتوضعة في الحجاب خلف المهبلي •

التشخيص التفريقي : Differentialdiagnose
Differential diagnosis

يمكن بالفحص المهبلي الشعور بكتلة في الحوض الصغير ، فيطرح عندئذ السؤال التالي نفسه :

هل تعود هذه الكتلة الى الرحم أم الى الملحقات ؟ وللاجابة على هذا السؤال بشكل صحيح يجب اعتماد الحقائق التالية :

١ ــ القوام :

يدل القوام الكيسي أو القوام المرن المتوتر على كيسة المبيض ، أو على ورم مبيضي متكيس ، بينما يدل القوام القاسي على الورم العضلي الرحمي ، أو على ورم قاس في المبيض •

٢ ــ حالة السطح الخارجي في الاورام القاسية :

يدل السطح الأملس أو ذو العقد على الاورام العضلية ، بينما يدل السطح الخشن أو ذو العقيدات الصغيرة على أورام **يشتبه في منشئها الخبيث •**

٣ ــ الحركة :

تدل الحركة المحدودة المترافقة بمقاومة شديدة ، على وأرام المبيض الخبيثة ، كما يمكن أن يرافق سرطان عنق الرحم المتقدم أو سرطان جسم الرحم المتقدم ورماً تراكمياً Konglomerattumor ملتهباً •

٤ ـ الرحم المجسوس :

اذا لوحظ أن الفاحص لا يستطيع تمييز الرحم عن الكتلة الورمية ، فان الحالة تدل غالباً على الورم العضلي الرحمي ، علماً بأن الاورام المبيضية الكبيرة قد لا تسمح في بعض الحالات بتمييز الرحم أيضاً . أما الحالات التي يمكن الشعور فيها بالكتلة الورمية المتوضعة بجانب رحم ذي حجم طبيعي ، فانها تدل غالباً على أن الورم من منشأ مبيضي ، الا أنه يجب العلم ان مثل هذه الحالات قد تصادف أيضا في الاورام العضلية الرحمية تحت المصلية المذنبة . أما اذا أمكن التأكد بالمس المشروك بالجس ، أن الكتلة الورمية متصلة بجسم الرحم حتى العنق ، فان ذلك يدل على وجود صلة وثيقة بين الكتلة الورمية والرحم ، والحالة غالبا تدل على الورم العضلي الرحمي الخلالي (المستبطن للنسيج العضلي للرحم) ، ولكن اذا كانت الكتلة غير متصلة بجسم الرحم، فانها قد تدل على ورم مبيضي، أو على الورم العضلي الرحمي تحت المصلي المذنب . أما الحالات التي يشعر فيها بابتعاد عنق الرحم عن اليد الماسة ، عند دفع الورم باليد الجاسة خارج الحوض الصغير ، فان الحالة تدل على الاورام العضلية الرحمية الخلالية .

ان التشخيص التفريقي في أغلب الحالات (هل الورم مبيضي أم رحمي) أمر سهل ، كما أنه مهم لوضع المعالجة اللازمة ، إلا أنه قد يكون صعباً في بعض الحالات الاخرى، مثلا عند التمييز بين الورم المبيضي، والورم العضلي الرحمي تحت المصلي المذنب . ففي مثل هذه الحالات وغيرها من الحالات الصعبة التشخيص ، يلجأ الى طرق أخرى لوضع التشخيص الصحيح ، مثل الفحص تحت التخدير ، تنظير البطن Laparaskopie وتنظير رتج دوغلاس .

الفحص تحت التخديـر : Untersuchung in Narkose :

يجري الفحص تحت التخدير اذا كان الفحص بدونه صعباً نتيجة لتوتر شديد في عضلات البطن ، أو لسمنة شـديدة تحولان دون الحصول على النتائج المطلوبة . تقوم أفضلية هذا الفحص على ازالة الالم الذي تشعر به

المرأة عند اجراء الفحص والذي يؤدي الى توتر البطن كحالة دفاعية لحماية الجسم • لذلك وعلى هذا الاساس يتوجب اجراء الفحص بحـذر شديد لتفادي رض كيسة المبيض ، أو الخراجات ، أو غيرها المتوضعة في الحوض • كذلك يجب أن لا يجري الفحص تحت التخدير الا بحضور شاهد (ممرضة أو مساعدة) لتجنب أية تهمة قد توجه للطبيب •

سـجل النتـائج :

تسجل كافة النتائج التي حصل عليها الطبيب الفاحص عنـد اجرائه الفحص بتنظير المهبل ، أو بالمس المشروك بالجس ، على بطاقة رسمية ، كما تثبت عليها أيضاً النتائج التي حصل عليها بالتنظير المكبر لعنق الرحم ، حسب الطرق المتبعة في كل مشفى • لقد درجت العادة في المشفى الجامعي لمدينـة لايبزيغ على رسم الرحم والملحقات يدوياً مع كافة الاضطرابات التي طرأت عليها وعلى عنق الرحم ، من قبل الطبيب الفاحص ، مع ذكر وصف موجز لتلك النتائج ، كذلك تسجل الاضطرابات الطمثية على نموذج كالتنباخ •

وقد درجنا نحن في المشفى الوطني بدير الزور على نفس الطريقة في أغلب الاحيان ، اذ أنها تتيح لأي طبيب آخر وبمجرد نظرة خاطفة على تلك البطاقة ، أن يعرف نوع الآفة أو شكل الاضطراب الطمثي ، كما يجب أن لا تنسى كتابة اسم المريضة وتاريخ الفحص المجرى •



الفـــرج

VULVA

التهـاب الفـرج : Vulvitis :

يعني التهاب الفرج التبدلات الجلدية الواقعة على سطح الجلد في منطقة الاعضاء التناسلية الظاهرة ، أي التبدلات الجلديـة التي تصيب الشفرين الكبيرين والصغيرين والقسم الامامي من العجان ، وهو بالمعنى الضيق للكلمة عبارة عن التهاب جلدي Dermatitis • ان تشخيص التهاب الفرج عادة أمر سهل ، الا أن الصعوبة تكون في معرفة سبب الالتهاب الذي يجب التفتيش عنه وتحديده لوضع المعالجة الصحيحة ، والا فانها تكون فاشلة وبخاصة اذا أردنا معالجة الحكة الفرجية المرافقة للالتهاب •

الاعـــراض :

تتجلى أعراض التهاب الفرج بما يلي :

١ ـ الاحمرار

٢ ـ الانتبـاج

٣ ـ الحرارة الموضعية

٤ ـ الحرقـة

٥ ـ الألـم

٦ ـ الحكة الفرجية Pruritus vulvae وهو عرض يرافق غالباً التهاب الفرج ويعتبر من أشد الاعراض ازعاجاً للمريضة •

الوفـــرة :

لا يعتبر التهاب الفرج من الآفات الكثيرة الحدوث ، إذ لا يشكل أكثر من (١٪) من مجموع الآفات النسائية ، رغم وجود الجراثيم على الشفرين الكبيرين وبشكل خاص على شعر العانة وحول الشرج •

الاسباب المرضـة :

١ ـ **الكائنات الحيــة** : تعيش الجراثيم المقيحـة بكميات كبيرة على الاشفار وبخاصة المكورات العنقودية والمكورات العقديـة ، والعصيات الكولونية ، الا انها رغم ذلك لا تلعب أي دور في احداث التهاب الفرج الا اذا تغلغلت الى الطبقات العميقة لجلده نتيجة لرض أو جرح يصيبه ، إذ لو كان الامر غير ذلك ، لما أمكن شفاء الخزع الواقي الذي يجري على الفرج عند الولادة ، أو شفاء الجرح في عملية تصنيع العجان Plastik الا بالمقصد الثاني ، ويعود ذلك الى المقاومة الطبيعية التي يتمتع بها الجلد ضد الجراثيم• لهذا فان التهاب الفرج بالجراثيم المقيحة ، لا يعود الى الجراثيم غير الفعالة الموجودة بشكل طبيعي على الفرج ، وانما الى جراثيم ذات فوعة شديدة تأتي من الخارج ، إما عن طريق الايدي أو الثياب الملوثة بها ، أو تأتي من الداخل كما يحدث عند وجود الضائعات القيحية الخارجة من عنق الرحم والتي تلوث الفرج أثناء سيلانها • مع هذا كله يجب أن يكون الجلد مصابا برض أو جرح لتتمكن هذه الجراثيم ذات الفوعة الشديدة من التغلغل الى الطبقات العميقة لتحدث التهاب الفرج •

حسب المعلومات الحديثـة يترافق الالتهاب المهبلي بشعرية الرأس Trichomanden - Kolpitis ، والالتهــاب المهبلي بالفطور Soor - Kolpitis غالباً بالتهاب الفرج نتيجة لوجود دويبات شعرية الرأس والفطور في الضائعات المهبلية • كما أنه حسب المعلومات المعروفة أيضاً ، يلعب الحرقص Oxyuris وقمل العانة Peduculi Pubis ، دوراً كبيرا في احداث التهاب الفرج ، الا أنه بعكس ما هو معروف ، فان المكورات البنية لا تلعب الا دورا ضئيلا في هذا

الالتهاب ، اذ يعتبر التهاب الفرج بالمكورات البنية بشكل عام تقريبا التهاباً ثانوياً ناجماً عن التهاب في الاعضاء التناسلية الباطنة ، انتقل الى الفرج عن طريق الضائعات الحاوية على المكورات البنية ، والتي تسيل من فوهة العنق مارة على الفرج لتحدث فيه الالتهاب بالمكورات البنية .

٢ ــ الاسباب الرضيــة : Trauma :

تعني اصابــة النسيج الابتليالي لاسباب ناجمــة عن جروح رضية : Deflorationsverwundungen اتصالات جنسية مبالغ في كثرتها ، الالطاف (العادة السرية عند المرأة) Onanie = Masturbation ، الحك الشــديد أو الفرك أو المسح بشدة بسبب الحكة الفرجية التي تصاب بها المرأة ، الجروح الناجمة عن استعمال بعض الآلات ، السقوط أو الحوادث التي تتعرض لها المريضة ، استعمال الاقمشة الخشنة خلال فترة الطمث وغير ذلك ، تؤدي كل هذه الاسباب الى احداث رض على النسيج الابتليالي للفرج وبالتالي الى الاصابة بالالتهاب .

٣ ــ الاسباب الكيمياوية والحرارية : Chemisch - Thermisch :

تؤدي الاسباب الكيماوية والحرارية الى اصابة الفرج ، اذ تحدث عند استعمال الغسولات المطهرة الساخنة جداً ، أو عند ليونة وتخلخل جلد الفرج نتيجة لسيلان الضائعات النازلة من المهبل أو من الاعضاء التناسلية الاخرى ، والتي تسيل على سطح جلد الفرج ، مثــل الضائعات الناجمة عن الالتهاب السيلاني أو الآفات السرطانية وغيرها .

٤ ــ الاضطرابات الهرمونية : Hormonale Stoerungen :

يقصد بها بشكل خاص الاضطرابات الناجمة عن نقص الاوستروجين والتي تشاهد عادة في سن اليأس والشيخوخة ، حيث تؤدي الى الاصــابة بالحكة الفرجية وبالتالي الى التهاب الفرج كنتيجة للحك ، الذي تضطر اليه المريضة والذي يؤدي الى رض النسيج الابتليالي كما ذكر سابقا .

٥ ـ الاسباب الناجمة عن اصابة المرأة ببعض الامراض الداخلية :

آ ـ الامراض الاستقلابية : Stoffwechselkrankheiten :

يأتي الداء السكري Diabetis Mellitus بالدرجة الاولى من بين هــذه الامراض ، حيث يتأثر الفرج تنيجة لاسباب وعائيــة (اضطراب في الدورة الدموية للفرج) ، هذا وقد أصبح الرأي القديم القائل بأن أسباب التهاب الفرج في الداء السكري يعود الى البول السكري رأيا خاطئا .

ومن الامراض الاستقلابية الاخرى التي تؤدي الى التهاب الفرج : زيادة البولة الدموية Uremia ، اليرقان Ikterus ، التهاب الكلية Nephritis .

ب ـ أمراض الدم : يأتي بالدرجة الاولى من بين هذه الامراض فقر الدم الشديد Anaemie ، ثم ابيضاص الدم Leukaemie ، ثم الداء اللنفاوي الحبيبي Lymphogranulomatose .

المعالجـــة :

تقوم المعالجة بشكل أساسي كما ذكر على معرفة السبب الذي أدى الى هذا الالتهاب ، علما بأن شعرية الرأس ، والفطور يلعبان الدور الأول والاساسي في التهابات الفرج عموماً ، لذلك تستوجب هذه المعالجة مبدئياً النظافة العامة وخاصة نظافة الالبسة الداخلية، كما تستوجب تجنب التهيجات. والواقع أن الهدف الاساسي في المعالجة ، هو تخليص المريضة بأقصى سرعة ممكنة من آلامها المبرحة وبخاصة الحكة ، والحرقة ، اللتان تزعجانها بشدة ، لذا يبدأ بالمعالجة باستعمال بعض المراهم المخففة لهذه الاعراض المذكورة ، خاصة المراهم التي تحتوي على مادة الكورتيزون ، لان المعالجة السببية لن تظهر تتائجها الا بعد مرور (٢ ـ ٣) أيام على استعمالها .

التشـــخيص :

يقوم تشخيص التهاب الفرج على التفتيش عن الاسباب التي تؤدي كما ذكرنا الى هذا الالتهاب والتي تتلخص بما يلي :

١ ـ شعرية الرأس
٢ ـ الفطور
٣ ـ الداء السكري
٤ ـ الرضوض
٥ ـ الديدان
٦ ـ قمل العانـة
٧ ـ يضاف الى ذلك أيضا الضائعات القيحية التي تهيىء الفرج للاصابة بالالتهاب ، والتي تنجم اما عن ضائعات العنق المرافقة لداء السيلان لعنق الرحم Cervixgonorrhoe ، والضائعات المرافقة للآفات السرطانية وبخاصة المرافقة لسرطان العنق أو المهبل أو الفرج نفسه ، كما تلعب الضائعات المرافقة للنواسير البولية والغائطية نفس الدور المهيىء والمساعد على حدوث هذا الالتهاب .

١ ـ شعرية الرأس : Trichomonaden :

يحدث التهاب الفرج بشعرية الرأس كحالة مرافقة لالتهاب المهبل بشعرية الرأس ، لذلك فان معالجة الالتهاب المهبلي هي في نفس الوقت معالجة لالتهاب الفرج ، وتقوم هـذه المعـالجة على استعمال مركبـات (مەترونيـدازول) (Metronidazol) مثل : فلاجيل Flagyl ، ڤاجيميد Vagimid كلـونت Clont كليـون Klion وغيرها من هذه المركبات .

٢ ـ الفطور : (الفطور البيضية البيضاء) Candida albicans :

يحدث التهاب الفرج الفطري غالباً عند :

آ ـ الحوامل

ب ـ النساء المصابات بالداء السكري

ج ـ الفتيات الصغيرات

كما يمكن أن يصادف عند النساء البالغات والمسنات ، أما بالنسبة للفتيات الصغيرات ، فيترافق التهاب الفرج دائماً تقريباً بالتهاب الغشاء المخاطي

الفطري للفم ، ويبدو هذا الالتهاب عموماً على شكل بقع بيضاء صغيرة تتجمع فيها الفطور • كما يحدث التهاب الفرج الفطري أيضا كحالة مرافقة لالتهاب المهبل الفطري ، وكذلك فان معالجة هذا الالتهاب المهبلي هي في نفس الوقت معالجة لالتهاب الفرج الفطري ، وهي تقوم على اعطاء الادوية المضادة للفطور والتي توجد بأسماء مختلفة في الصيدليات • وينصح بتطبيق هذه المعالجة عدة مرات يوميا لفترة كافية لأن :

التهـاب الفـرج الفطري يميـل كثيراً الى النكس •

٣ ـ الداء السكري :

يجب الاشتباه بالداء السكري في التهـاب الفرج الذي لم يحدث نتيجة للاسباب المنوه عنها سابقاً ، ويجب أن لا يكتفي بتحري السكر في البول فقط ، بل يجب معايرته في الدم ، إذ يكون البول طبيعياً في كثير من حالات التهاب الفرج بينما نجده عند معايرة سكر الدم مرتفعاً عن حدوده الطبيعية ، وتقوم عندئذ المعالجة على معالجة الداء السكري بشكل عام •

٤ ـ الرضـوض :

وقد ذكرت سابقا •

٥ ـ الديـدان :

من أخصها الحرقص اذ يؤدي الى حكة شديدة في الشرج والفرج يدعو المريضة الى الحك الشديد ، وبالتالي الى رض أو خدش الجلد ، مما يسمح للجراثيم ذات الفوعة الشديدة أن تحدث الالتهاب • تقوم المعالجة على استعمال الادوية المضادة للحرقص، مع استعمال الادوية المضادة لتلك الجراثيم المرافقة • كما يجب التشديد على نظافة اليدين وخاصة الاظافر التي تختفي تحتها بيوض الحرقص ، وعلى تبديل الثياب الداخلية طيلة أيام المعالجة •

ملاحظـــة :

تعتبر :

ــ شعرية الرأس

ــ الفطور

ــ الداء السكري

ــ الديدان

من أهم الاسباب المؤدية الى الحكة الشديدة المرافقة لالتهاب الفرج ٠

٦ ــ قمل العـانة : Pediculi Pubis :

يعالج التهاب الفرج الناجم عن قمل العانة ، برش المنطقة بمسحوق الـ د٠د٠ت أو غيره من الادوية الفعالة الاخرى مدة ثلاثة أيام متتالية دونما حاجة لحلق شعر العانة ٠

المعالجة الموضعية العرضية لالتهاب الفرج :

١ ــ يسنع غسل الفــرج بالماء والصابون ، وتستعمل المطهرات الاخرى الخفيفة وذلك بمس المنطقة دون فركها ٠

٢ ــ تستوجب الالتهابات الشديدة الراحة في السرير عدة أيام ٠

٣ ــ تطبيق المغاطس الباردة أو الدافئة صباحا ومساء مع بعض المطهرات الخفيفــة ٠

٤ ــ تطبيق الكمادات الرطبة (٣ ــ ٤) مرات يوميا مدة (٣٠ ــ ٤٥) دقيقة للمرة الواحدة، الا أن استعمال المغاطس يفضل على استعمال الكمادات٠ هذا ويسنع تجفيف المنطقة المصابة بعد تطبيق المغاطس أو الكمادات بفركها بالمناشف ، بل يكتفي بمسها بالقطن أو بالمناشف اللينة جدا للحيلولة دون تخريش الجلد ٠

٥ ــ ترش على المنطقة المصابة بعض المساحيق لكي يبقى الجلد جافاً ٠

٦ ــ يمكن أن يستعاض عن المساحيق خاصة في الالتهابات الشديدة بالمراهم الحاوية على مركبات الكورتيزون .

التهابات الفرج الخاصة Besondere Formen der Vulvitis :

١ ــ التهابات الاجربــة في الفرج Folliculitis Vulvae :

ونعني بها الالتهابات القيحية لأجربة شعر العانة ، وهي قليلة الاهمية تتوضع في الامكنة التي تنبت عليها أشعار العانة .

المعالجــــة :

تطبق كمادات مبللة بمحلول رهزورسين بالكحول بنسبة (١ ــ ٣٪).

تحلق الاشعار ، تمس المنطقة بصبغــة اليود ، تغسل بمحاليل مطهرة عــدة مرات .

٢ ــ البثــور الفرجيــة Furunculosis Vulvae :

وهي عبارة عن خراجات صغيرة تظهر خاصة في منطقة الشفرين الكبيرين.

المعالجــــة :

تقوم على الراحة وقد تتطلب الحالة راحة مطلقة في السرير ، مغاطس ساخنة مع بعض المطهرات الخفيفة ، مراهم تحتوي على الصادات ، كما يحذر من عصر البثور ، وقد يلجأ الى اللقاح الذاتي أو الى تطبيق الحرارة الرطبة (لاذابة الخراجات) أو الى فتح الخراجات .

ملاحظة : يجب أن ينتبه الطبيب الى احتمال وجود الداء السكري ، لذا عليه اجراء الفحوص اللازمة لنفيه أو تأكيده .

٣ ــ العقبولة التناسلية Herpes genitalis :

وهي عبارة عن حويصلات قيحية مؤلمة تتوضع بجانب بعضها البعض بشكل منتظم ، هذا وللعقبولة التناسلية علاقة كبيرة جدا بالدورة الطمثية .

المعالجـــة :

تعالج بالمراهم الحاوية على مركبات الكورتيزون التي تعيق حـــدوث التفاعل الالتهابي ، كما ان المعالجة بالحقن بالنوفوكائين أعطت نتائج جيدة ، كذلك يمكن المعالجة بتطبيق أشعة رونتجن ، الا أن المعالجة التي لا يحدث فيها النكس لم تكتشف بعــد •

٤ ـ دفتريا الفــرج Diphterie der vulvae :

هي عبارة عن التهاب يصيب الفرج حيث تتوضع عليه حطاطات بلون رمادي ملتصقة بشدة ، وتصيب هذه الآفة الاطفال بشكل خاص ، وقد يضطر لتشخيصها الى قلع وازالة هذه الحطاطات بالمجرفة الحادة التي تستعمل عادة في تجريف الرحم ، ثم فحصها مجهريا ، وهي تلتبس مع الآفات الفطرية •

المعالجـــة :

تقوم المعالجة على اعطاء المصول المضادة للدفتريا •

٥ ـ ســل الفــرج Tuberkulose der vulva :

سنرى هذه الحالة في بحث سل الجهاز التناسلي •

٦ ـ الورم القنبيطي المؤنف :
: Condylomata Cuminata = Spitze Kondylom

وهو عبارة عن ورم ثؤلولي الشكل يتكوّن من تجمع حليمات متكاثرة ناجمة عن ضائعات مخرشة للجلد (تعود أسبابه في ٥٠٪ من الحالات الى الاصابة بداء السيلان) • يمكن أن تظهر الحليمات في مختلف مناطق الفرج والمهبل مكونة أوراماً تشبه القنبيط ، والورم القنبيطي المؤنف قابل للعدوى ، كما أن شفاءه غير مؤكد •

المعالجـــة :

تقوم على تجريف الورم بعد التخدير العام بمجرفة حادة كما يمكن

إزالته بالمشرط الكهربائي ، وفي حال عدم إزالته جذريا فانه ينكس حتماً • كما يمكن تطبيق المعالجة الدوائية بمحلول يودوفيلين •

٧ ـ الورم القنبيطي العريض Candyloma lata = Breite kondylom :

ليس لهذا الورم علاقة بالورم القنبيطي المؤنف ، وهو عبارة عن حليمات عريضة سطحية ويعتبر شكلا ثانويا من أشكال الافرنجي ، لذا يمكن كشف الملتويات في لطاخة تؤخذ من الحليمات التي لم تزل رطبة بعد •

المعالجـــة :

تقوم على المعالجة المعروفة للداء الافرنجي •



الشكل (٦)
الورم القنبيطي المؤنف



الشكل (٧)
الورم القنبيطي العريض

تقرحـات الفـرج
: Geschwüre an der Vulva (Ulcus of the Vulva)

تتشكل تقرحات الفرج في الحالات التالية :

١ ـ سرطان الفرج Vulva carzinoma وسنراه مفصلا •

٢ ـ القرحة القاسية Herter Schanker = Ulcus durum وهي مظهر من مظاهر الداء الافرنجي ، وتكاد تكون القرحة القاسية وحيدة دائما وعديمة الالم •

٣ ـ القرحة اللينة : Weicher Schanker = Ulcus molle وهي بعكس القرحة القاسية ، نادرا ما تكون وحيدة بل تكون عادة متعددة ومؤلمة وتترافق بضخامة العقد المغبنية •

٤ ـ القرحة السلّية : Ulcus tuberculosum .

٥ ـ الورم اللمفاوي الاربي أو الداء الجنسي الرابع :
Lymphogranulona Ingtinale = Vierte Geschlechtskrankheit

من الآفات ذات العلاقة بالتهاب الفرج :

التهاب غدة بارتولان ، خراج غدة بارتولان :
: Bartholinitis, Partholinitische Abszess

تعريف : هو عبارة عن انتباج يبلغ حجمه حجم بيضة الدجاج ، شديد الاحمرار، يصيب القسم السفلي للشفر الكبير، ولكنه يصيب في أغلب الاحيان القسم السفلي للشفر الصغير الذي قد يبرز تحدبه الشديد في مدخل المهبل • تعتبر غدتا بارتولان الغدتان المفرزتان لدهليز الفرج ، حيث تقع كل واحدة عند ملتقى الثلث السفلي بالثلث المتوسط للشفر الكبير ، وتنفتح قناتها التي يبلغ طولها ١ ـ ٢ سم في دهليز الفرج على الوجه الباطن للشفر الصغير •

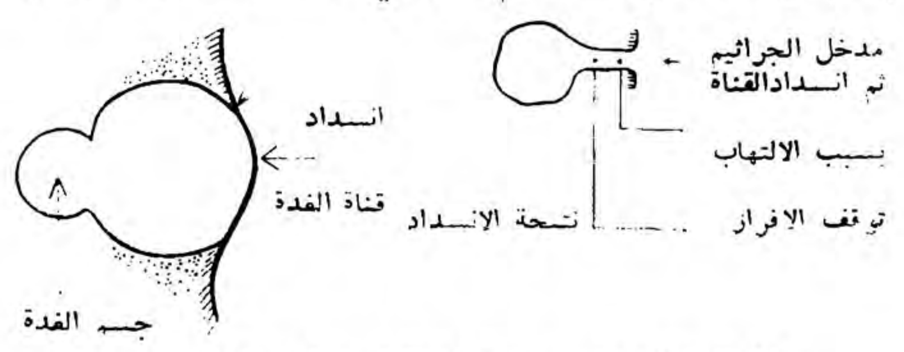
اسبابها : كان يعتقد خطأ أن أسباب التهاب غدة بارتولان تعود الى المكورات البنية ، وقد ثبت أن المكورات البنية لا تشكل أكثر من (٥٠٪) من مجموع الجراثيم الاخرى المحدثة للالتهاب وخاصة الجراثيم العنقودية • هذا ويصيب التهاب غدة بارتولان النساء البالغات في كافة الاعمار ، الا أنه يكثر عند النساء الشابات منهن •



الشكل (٨) خراج غـدة بارتولان

كيفية تكون التهاب وخراج غدة بارتولان :

تدخل الجراثيم المقيحة (المكورات البنية ، العنقودية ...) الى قناة الغدة مؤدية الى التهابها وبالتالي الى التصاق حواف فوهتها ببعضها البعض ثم الى انسدادها ، فلا تعود مفرزات الغدة قادرة على الانطراح بل تنحبس داخلها مما يؤدي الى اصابتها بالتهاب ثانوي . ينشأ عن ذلك كله خراج على حساب القناة فقط ، وهو خراج كاذب ، لأنه عبارة عن تجمع قيحي في الجوف المتشكل في القسم الامامي للقناة ، الا أن الالتهاب



الشكل (٩) (آ ـ ب) كيفية تكون خراج غدة بارتولان

لا يلبث أن ينتقل الى مجرى القناة بكامله ثم الى الغدة ؛ غير أن العلامات الرئيسية للالتهاب تبدو غالباً في مجرى قناة الغدة فقط ؛ ولكن لا تلبث أخيرا أن تصاب النسج المجاورة المرتشحة بالتموت والانحلال فيتكون عندئذ خراج حقيقي •

> لذا فان خراج غدة بارتولان هو في الغالب خراج كاذب ناشيء على حساب قناة الغدة وليس على حساب الغدة نفسها •

الاعراض : تتجلى الاعراض في المرحلة الحادة بآلام شديدة تعود الى التوتر النسجي الشديد، والى الحالة الالتهابية، ويكون الانتباج مؤلماً بالجس، كما ان المشي والجلوس والتغوط تثير الألم أيضاً • ترافق المرحلة الحادة بترفع حروري قد يكون شديداً نتيجة لانحلال الانسجة الملتهبة ، كما تشعر المرأة المصابة بالتهاب غدة بارتولان بأن جسمها بكامله مريض •

سير الآفة : يسير التهاب غدة بارتولان في ثلاث مراحل هي :

١ ــ المرحلة الحادة : Akute form :

تتميز هذه المرحلة بالاعراض التالية :

آ ــ **التوضع الوصفي** : تتوضع الآفة حذاء القسم السفلي للشفرين الصغير والكبير (اذ ان الاصابة هنا تتوضع فقط في غدة بارتولان وقناتها)•

ب ــ **الاعراض الوصفية للالتهاب وهي** : الانتباج ، الاحمرار ، التوتر ، والالم المحدث • أما التحري عن المكورات البنية كسبب للآفة ، فيمكن تأجيله حتى زوال الاعراض الحادة ، نظراً لآلام الفرج والمهبل وجوارهما الشديدة ، ويكون ذلك باجراء :

آ ــ فحوص متكررة للطاخات المأخوذة من فوهة الاحليل •
ب ــ فحوص متكررة للطاخات المأخوذة من فوهة عنق الرحم •

جـ ـ فحص القيح بعد فتح الخراج •

أما اذا لم يشف الالتهاب بالمعالجة المحافظة فسوف يتحول الى خراج يحتاج الى الفتح ، لانه اذا لم يفتح فسوف ينفتح عفوياً على مدخل المهبل في الوجه الباطن للشفر الصغير ، حيث تشعر المريضة عندئذ بزوال الآلام الشديدة بشكل مفاجىء •

٢ ـ المرحلة المزمنة الناكسة Chronisch rezidivierende form :

يعتبر شفاء خراج غدة بارتولان نهائياً بعد فتحه أو بعد انفتاحه عفويا من الأمور النادرة ، والغالب أن تبقى الجراثيم مدة طويلة في الطبقات العميقة لنسج الغدة ، حيث تستطيع بعد مرور أسابيع أو شهور أو سنين أحياناً الى احداث الالتهاب مرة ثانية وبالتالي الى عودة الخراج ونكسه من جديد ،

لذلك يجب أن نعلم أن النكس صفة مميزة لالتهابات غدة بارتولان •

٣ ـ مرحلة تكون الكيسة الانحباسية Die Retentionscyste :

يعتبر تكون الكيسة الانحباسية نتيجة للنكس المتكرر لالتهاب غدة بارتولان التي لم تستأصل جراحياً ، اذ يؤدي هذا الالتهاب المتكرر الى اتساع قناة الغدة وبالتالي الى انحباس مفرزاتها وتكوّن الكيسة • هذا ويتراوح حجمها بين حجم البندقة وحجم بيضة الدجاج، وهي ذات قوام مرن، تتوضع في نفس المكان الذي يتكون فيه التهاب غدة بارتولان في المرحلة الحادة ، يتحرك الجلد عليها ولا تبدي العلامات الالتهابية المعروفة ، كما ان كيسة بارتولان لا تسبب أي ازعاج الا اذا ازداد حجمها كثيرا •

التشخيص التفريقي : تلتبس كيسة غدة بارتولان بالفتق ، وتفرق عنه بوجود ذنب في الفتق يمتد نحو الاعلى بينما يكون معدوما في الكيسة •



الشكل (١٠) كيسة غدة بارتولان (وهي كيسة انحباسية)

معالجة التهاب غدة بارتولان :

ان معالجة التهاب غدة بارتولان ضرورية ، لانها اذا لم تعالج سوف تنتقل من المرحلة الحادة الى المرحلة المزمنة الناكسة ، أو الى تكون كيسة بارتولان الانحباسية . وتختلف معالجة المرحلة الحادة عن المرحلة المزمنة وعن معالجة الكيسة .

١ ـ معالجة المرحلة الحادة : توصى المريضة بالراحة التامة في السرير مع وضع كمادات باردة رطبة مبللة بالمواد الملطفة مثل مغلي البابونج ، أو تطبق لها مغاطس باردة يضاف اليها مغلي البابونج (٢ ـ ٣) مرات في الاسبوع .

هذا وبتطبيق المعالجة الراشفة Reserptionstherapie يمكن أن يتراجع الانتباج المتشكل على حساب قناة الغدة ، كما يمكن أن ترتشف المفرزات المنحبسة . أما اذا لم تؤد هذه المعالجة الى النتيجة المرجوة ، فالمعالجة الجراحية ضرورية وذلك بفتح الخراج ، واذا لم يكن الخراج ناضجاً فيعجل بنضجه وذلك بتطبيق الكمادات الحارة ،

لذا ينصح بفتح الخراج فقط عند تكون التموج فيه وليس قبل ذلك ٠

٢ ـ **معالجة المرحلة المزمنة الناكسة** : عند النكس تكون المعالجة هي نفسها التي طبقت في المرحلة الحادة ٠ أما في خارج فترة النكس حيث تنعدم الاعراض الحادة ، فالمعالجة الناجعة تكون باستئصال الغدة، لانه في حالة بقائها يسكن للجراثيم المختبئة في داخلها أن تعرضها للنكس بعد فترة قد تطول أو تقصر ٠ والاستئصال يجب أن لا يجري قبل مرور مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر على زوال الاعراض الحادة وعلى فتح الخراج ، وتعتبر العملية نازفة ، كما أنها ليست سهلة ، والخطر فيها هو قربها من الاحليل ٠ أما اذا كان الخراج مرافقاً للحمل فيكتفي بفتحه ثم تستأصل الغدة بعد أن تتم الولادة ٠

٣ ـ **معالجة كيسة بارتولان** : لا تزول الكيسة أو تتراجع عفوياً لذا يجب استئصالها جراحياً ، والفتح البسيط لا يكفي بل يجب استئصال جدارها Zystensack ثم يخاط الجرح بعد ذلك حسب طبقاته التشريحية ٠ هذا وقد أعطت عملية توخيف الكيسة Marsupialisation النتيجة المرجوة أيضا ٠

الحكـة الفرجيـة Pruritus vulvae :

تصيب الحكة الفرجية الاعضاء التناسلية الظاهرة وما حولها ، وتعتبر من أزعج الاعراض التي يمكن أن تشعر بها المرأة ٠ تختفي الحكة أو تخف نهارا لتعود ليلا نتيجة لحرارة الفراش ، التي تؤدي الى توسع الاوعية الشعرية ٠ وكما يمكن للحكة الفرجية أن تشمل فوهة المهبل والعجان والشرج وما حولها ، يمكنها أيضا أن تقتصر على منطقة صغيرة من الفرج ٠

تقسم الحكة الفرجية حسب أسبابها الى نوعين :

النوع الاول : الحكة الفرجية الناجمة عن عوامل خارجية :

ويعني هذا النوع قبل كل شيء التهاب الفرج Vulvitis الحاد والمزمن ، والذي تعتبر الحكة الفرجية الى جانب الاحمرار والانتباج العرض الرئيسي

له • تحدث هذه الحالة كنتيجة لتأثير كافة العوامل المحدثة لالتهاب الفرج على النهايات العصبية الموجودة بكثرة في أنسجته فتحدث الحكة ، ومن أخص هـذه العوامل الدويبـات المشعرة Trichomonaden والفطور Soorpilz ، حيث تنتقل من داخل المهبل وتتوضع على الفرج، كما يمكن للحرقص Oxyuren ، ولقمل العانة Pubis Pediculi ، أن تؤدي الى الحكة أيضا كما ذكرنا سابقاً • لذا يجب أن لا يفوت الطبيب فحص جدر المهبل ، اذ يمكن أن يكون التهاب الفرج التهاباً ثانوياً ناجماً عن التهاب بدئي هو التهاب المهبل ، حيث تسيل المفرزات منه الى الفرج مؤدية الى التهابه وبالتالي الى احداث الحكة الفرجية، لهذا تتركز المعالجة هنا على معالجة التهاب المهبل ، كسبب رئيسي في احداث الحكة • يمكن أن تصادف بعض الحالات التي تكون فيها الحكة الفرجية معندة لا تعنو للمعالجة وتعود مثل هذه الحالات الى سببين فقط ، الاول هو الآفـة المسماة باللطخة البيضاء Leukoplakie ، والثاني هـو جفاف الفرج Kraurosis vulvae وسنأتي على ذكرها مفصلا •

النوع الثاني : الحكة الفرجية الناجمة عن عوامل داخلية :

تكون الحكة الفرجية هنا عبارة عن عرض لحالة مرضية داخلية مثل الداء السكري (وهو الأهم) ، الآفات الكلوية ، اليرقان ، بعض الاشكال المختلفة لفقر الدم ، الحالات الأليرجائية أو التحسسية الناجمة عن الادوية أو الاغذية • كما يمكن حدوث الحكة الفرجية والتي قـد تكون شديدة جداً ، في سن اليأس Klimakterium (خاصة في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث Postmenopause) وفي سن الشيخوخة Senium ، وتعود أسبابها الى نقص الهرمونات المبيضية وبخاصة الاوستروجين Oestrogen . قد تؤدي الحكة الفرجية الناجمة عن عوامل داخلية اذا استمرت مدة طويلة ، الى تسحج الجلد نتيجة للحك، مما يؤدي الى التهابه وبالتالي الى حدوث التهاب الفرج الثانوي •

المعالجـــة :

قبل البدء بأي نوع من أنواع المعالجة للحكة الفرجية، يجب التفتيش

عن سببها لمعرفة فيما اذا كانت تعود الى الاسباب المعروفة والمذكورة سابقا (الداء السكري ، شعرية الرأس ، الفطور ، الحرقص) لتطبيق المعالجة السببية، وذلك باعطاء الادوية المعروفة والمذكورة. هذا ويمكن تطبيق المعالجة بالاوستروجين في الحالات المترافقة باللطخة البيضاء Leukoplakie ، أو جفاف الفرج Kraurosis أو في الحكة المرافقة لسن اليأس دون ظهور علامات موضعية ، حيث يمكن اعتبار هذه المعالجة في مثل هذه الحالات والى حد ما معالجة وصفية . أما اذا لم يكشف سبب هذه الحكة ، فنضطر عندئذ الى تطبيق المعالجة العرضية، حيث ينصح بشكل خاص حالياً باعطاء المراهم الحاوية على الكورتيزون ، وقد أدت في بعض الحالات الى الحصول على نتائج باهرة . كما يمكن اعطاء الاوستروجين أيضاً كمعالجة عرضية ، وقد أدى استعماله في بعض الحالات أيضا الى نتائج جيدة جدا . أما اذا فشلت هذه المعالجات جميعها ، فنضطر عندئذ الى تطبيق المعالجة الموضعية وقد مر ذكرها سابقا .

اللطخة البيضاء الفرجية Leukoplakia vulvae :

هي عبارة عن مجموعة من اللطاخات الصغيرة البيضاء اللون ، الناجمة عن تراجع خلوي Involution في منطقة محددة (أو انكماش الجلد بسبب الشيخوخة) يصيب جلد الفرج عند النساء المسنات . تكون اللطخة صغيرة أو كبيرة وتشبه غلاف أو صدف حبة اللؤلؤ ، حيث تتوضع على مناطق مختلفة من الفرج وبخاصة على العويكشة Kommissur أي المنطقة الخلفية والمنطقة الامامية لالتقاء الاشفار ، وعلى الوجه الباطن للاشفار ، والبظر Klitoris ، وكذلك على العجان ، وحول فوهة الشرج .

الفحص النسجي :

يدل الفحص النسجي على أن اللطخة البيضاء عبارة عن ازدياد سماكة الطبقة المتقرنة Hyperkeratose ، بحيث يمكن باللمس البسيط الشعور بطبقة الجلد السميكة .

حدوثها : تشاهد اللطخة البيضاء خاصة عند النساء المسنات أي في مرحلة الشيخوخة ، وتترافق غالباً بالحكة الفرجية •

اسبابها : ان السبب الاساسي للطخة البيضاء غير معروف ، إلا أن من الملاحظ أن وجودها يترافق دائماً بقصور مبيضي ، وتعني بهذا القصور بشكل خاص نقص هرمون الاوستروجين •

الاعـراض : تتجلى الاعراض بحكة شديدة قد تصل الى درجة غير محتملة ، فتضطر المريضة الى الحك الذي يؤدي الى رض النسيج الابتليالي وتسحجه وبالتالي الى حدوث التهاب الفرج الثانوي كنتيجة لهذا التسحج •

الانـذار : تشكو المريضة من ألم ممض مزمن وتتحول اللطخة البيضاء شيئا فشيئا الى حالة مرضية تسمى جفاف الفرج **Kraurosis Vulvae** ، كما يمكن أن تتحول أيضا الى سرطان الفرج ، الا أن هذا الرأي لا يزال تحت المناقشة ، غير ان كثيراً من الباحثين يعتبرون اللطخة البيضاء وجفاف الفرج من الحالات ما قبل السرطانية **Praekanzerose** .

لذلك يجب في كافة الحالات التي يشتبه في منشئها السرطاني (جروح ، عقيدات ، تقرحات صغيرة) أخذ خزعة وفحصها فحصاً نسجياً •

هذا ويتوجب وضع النساء المصابات باللطخة البيضاء أو جفاف الفرج تحت المراقبة ، وأن تجرى لهن الفحوص اللازمة كل (٢ ــ ٣) أشهر خوفاً من تطورهما الخبيث •

جفـاف الفـرج Kraurosis valvae :

تعريـف : يعتبر جفاف الفرج من الامراض النادرة التي تصيب النساء



الشكل (١١) اللطخة البيضاء الفرجيــة

المسنات ، ويتميز بانكماش جلد الفرج بكامله نتيجة لضمور النسيج الدهني والالياف المرنة حيث يؤدي ذلك أيضاً الى تضيق فوهة المهبل Introitus vaginae . يمكن أن تشتد درجة هذا الانكماش في بعض الحالات مؤثرة على الشفرين الصغيرين، ثم بعد فترة زمنية على الشفرين الكبيرين والبظر **Klitoris** ؛ لتؤدي في النهاية الى زوال معالمها جميعاً بحيث تبدو فوهة المهبل على شكل ثقب بيضوي مسطح ذي حواف حادة ، كما يكون جلد الفرج مزرق اللون لماعا ، جافاً ، وصلباً يشبه الرق ، تظهر في بعض أنحائه شقوق صغيرة ، أو تتشكل أحيانا بعض التقرحات مما يؤدي ذلك كله الى اصابة الفرج بالتهاب الفرج الثانوي .

حدوثــه : يشاهد غالبا عند النساء اللواتي هن في مرحلة الشيخوخة Senium ونادرا عند اللواتي هن في مرحلة ما بعد الطمث Postmenopause .

الاســباب Aetiologie :

لا تزال الاسباب الحقيقية مجهولة ، الا أن من المؤكد أن نقص هرمون

الاوستروجين يلعب دورا مهما في حدوثه اذ أن جفاف الفرج يكاد لا يصيب سوى النساء اللواتي فقد المبيضان عندهن وظائفهما •



الشكل (١٢) جفاف الفرج

الاعـراض : تتجلى الاعراض كما في اللطخة البيضاء الفرجية بحكة فرجية شديدة ومضنية بالاضافة الى شعور بألم محرق ، عندما تتلوث الشقوق الصغيرة بالبول •

الانـذار : يسير هذا المرض سيرا مزمنا بحيث تزداد شكوى المريضة شيئاً فشيئاً مع ترقي الآفة التي لا تشفى مطلقاً ، لذلك تعيش النساء المصابات بهذا المرض في وضع مضن ، هذا اذا لم يتحول هذا المرض الى آفة سرطانية حسب اعتقاد كثير من الباحثين ، اذ يعتبر جفاف الفرج من الحالات السابقة للسرطان Praekanzerose .

تتحول (١٠ ـ ١٥٪) مـن مجموع حالات جفاف الفـرج الى سرطان الفرج ،

لهذا يتوجب وضع النساء المصابات بهذا الداء تحت المراقبة كل (٢ ــ ٣) شهور لتأكيد أو نفي تطوره السرطاني •

معالجة الحكة واللطخة البيضاء وجفاف الفرج :

١ ــ **المعالجة العرضية** : لقد ذكرت المعالجة العرضية في بداية البحث•

٢ ــ **المعالجة الهرمونية** : تقوم هذه المعالجة على اعطاء مقادير عالية من الاوستروجين التي تؤدي الى زيادة التروية في منطقة الفرج ، وتنمي الاوعية الشعرية ، مما يؤدي الى توقف الحك وأحياناً الى صغر منطقة اللطخة •

ويلاحظ ذلك بوجه خاص عند النساء المتقدمات بالسن اللواتي يكون افراز الاوستروجين عندهن قد نقص عن مقاديره الطبيعية •

تعطى مركبات الاوستروجين اما بطريق الحقن أو عن طريق الفم، بالاضافة الى استعمال المراهم الحاوية على الاوستروجين ، وقد تستمر المعالجة مدة طويلة للوصول الى النتائج المرجوة وبخاصة الى زوال الحكة الفرجية • هذا وبما ان الاوستروجين يؤثر على الغشاء المخاطي لباطن الرحم فينميه ويجعله في فترة دور التنمي (Proliferationsphase) ، لذلك يمكن أن تصاب المرأة التي توضع تحت هذه المعالجة بنزف يشبه النزف الذي يحدث في الدورة الطمثية ، أما اذا فشلت هذه المعالجة الهرمونية فيلجأ عندئذ الى :

٣ ــ **المعالجة الموضعية** : تقوم هذه المعالجة على :

آ ــ **حقن النوفوكائين تحت الجلد Subkutane novocaininjektion :**

يحقن (٢٠) سم٣ من محلول النوفوكائين بنسبة (١٪) تحت جلد الفرج وعلى الجانبين ، بحيث تغرز الابرة عند عويكشة الفرج ثم يحقن شيئاً فشيئاً باتجاه البظر مما يؤدي الى تخدير المنطقة المصابة وزوال الحكة عدة أسابيع ، يضاف الى هذه المعالجة حقن فيتامين (ب١) بمقدار (٢٥) ملغ (Vitamin B 1) •

ب ـ حقن الكحـول Alkoholinjektion :

تحقن بعض المركبات الكحولية تحت الجلد بنفس الطريقة التي استعمل فيها محلول النوفوكائين . يمكن أن تكرر هـذه المعالجة بعد مرور (٢) اسبوعا ثم بعد مرور (٨) أسابيع حيث تؤدي غالباً الى نتائج حسنة ، كما يوصى بأن يكون الحقن تحت الجلد وليس عميقا في الجلد اذ يمكن أن يؤدي ذلك الى حدوث تسوت فيـه .

ج ـ التخثير الكهربائي Elektrokoagulation :

تستعمل هذه الطريقة بهدف تكون قشرة سطحية فوق المنطقة المصابة ، وقد أدت هـذه المعالجة الى نتائج باهرة خاصة في الحكة الفرجية واللطخة البيضاء ، الا أنه يجب قبل البدء بتخدير المريضة أن تحدد المنطقة الحاكة ليصار الى معالجتها بكاملها ، علما بأنه يمكن استعمال هذه الطريقة بالنسبة لسطوح واسعة قد تشمل الفرج بكامله اذا كان ذلك ضرورياً .

د ـ استئصال جلد الفرج جراحيا :

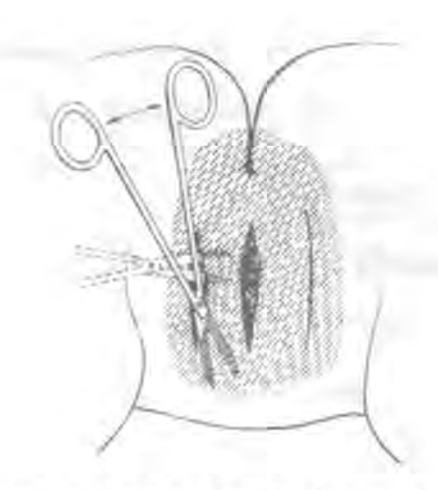
تقوم هذه الطريقة على اجراء شقين طوليين متوازيين على جانبي الفرج ثم يسلخ الجلد من حذاء هذين الشقين .

أما بالنسبة لجفاف الفرج ، فاذا فشلت المعالجة بالاوستروجين رغم استعماله لفترة طويلة ولوحظ أن الاعراض تسوء مع تقدم الزمن ، يمكننا عندئذ تطبيق المعالجة الجراحية واستئصال الفـرج بكامله أو معالجته بالتخثير الكهربائي .

هذا ويوصي البعض بعدم استعمال المعالجة الشعاعية في حالة جفاف الفرج .

هـ ـ المعالجة بأشعة رونتجين :

تقوم هذه المعالجة على تطبيق أشعة رونتجن على المنطقة المصابة ، اذ



الشكل (١٣) المعالجة الجراحية للحكة الفرجية المعندة والناجمة عن اللطخة الفرجية البيضاء وعن جفاف الفرج

تؤثر مباشرة على نهايات الاعصاب الموجودة في المنطقة ، وقد تؤدي هذه المعالجة أحيانا الى نتائج باهرة وان كانت مؤقتة ، اذ يمكن أن تعود أعراض المرض مرة ثانية . والواقع أن هذه المعالجة بشكل عام لا تعتبر معالجة مُرضية بالنسبة لنتائجها .

أورام الفرج : Tumoren der vulva
Tumors of the vulva

اولا ـ الاورام السليمة : Gutartige tumoren
Benign tumors

تعتبر أورام الفرج السليمة نسبيا نادرة ويمكن تقسيمها الى قسمين :

آ ـ الاورام الحقيقية وهي :

١ ـ الاورام الشحمية Lipome

٢ ـ الاورام الليفية Fibrome

٣ ـ الاورام العضلية Myome

وتتميز **الاورام الليفية** بشكل خاص بكونها أوراماً مذنبة **Fibroma pendulum**

ب ـ الاورام غير الحقيقية ، ونعني بذلك :

١ ـ الكيسات حول الاحليل Paraurethralzyten .

٢ ـ كيسات غشاء البكارة (Hymenalzysten) وتنشأ غالبا من قناة غارتنر Gartner •

٣ ـ الكيسات الانحباسية Retentionszysten التي تنشأ عن الغدد العرقية أو الغدد الدهنية (Atherome) .

٤ ـ كيسات غدة بارتولان Bartholinsche Zysten وهي في الحقيقة كيسات كاذبة (Pseudozysten) وقد رأينا كيفية تشكلها •

ثانيا ـ الاورام الخبيثة وهي Boesartige Tumoren Malignant Tumors

آ ـ سرطان الفرج : Vulvakarzinom :

حدوثه : يعتبر سرطان الفرج سرطان النساء المسنات وبخاصة الطاعنات في السن ، اذ يظهر عندهن ما بين السنة (٦٥ ـ ٧٥) من العمر • يعتبر سرطان الفرج من السرطانات التي تتميز بخبثها الشديد ، ويتجلى ذلك بانتقاله السريع والمبكر الى العقد البلغمية الموجودة في المنطقة وخاصة العقد المغبنية التي تصاب قبل غيرها • يعلل هذا الانتقال السريع والمبكر بسبب كثرة الاوعية اللمفاوية الموجودة في منطقة الفرج •

تبلغ نسبة سرطان الفرج (٣ ـ ٤٪) من مجموع كافة سرطانات الاعضاء التناسلية الاخرى ، ويتوضع هذا السرطان في كافة أجزاء الفرج ، الا أن المناطق المفضلة التي يتوضع فيها بالدرجة الاولى الشفران الكبيران ، ثم تأتي بالدرجة الثانية الشفران الصغيران ، والبظر ، وفوهة الاحليل ، ونادرا غدة بارتولان •

الحالات ما قبل السرطانية : Praekanzerose :

يعتبر جفاف الفرج من أولى الحالات ما قبل السرطانية ثم تأتي بعده

حالات اللطخة البيضاء ، لهذا يتوجب على الفاحص في حالات جفاف الفرج المترافقة بالحكة الشديدة التفتيش عن التبدلات التي تثير الاتنباه في منشئها الخبيث ، وبشكل عام عليه أن يجري فحوصاً دورية للنساء المصابات بجفاف الفرج رغم عدم وجود أية دلالة على تبدل نسجي خبيث • هذا وتتلخص العلامات التي تعتبر منبهة لاشتباه الفاحص بوجود سرطان الفرج بما يلي :

١ ــ وجود ثآليل صغيرة •
٢ ــ وجود عقيدات صغيرة مقرحة •
٣ ــ تقرحات سرطانية صغيرة نازفة تظن المرأة خطأ أنها خدوش ناجمة عن الحك •

لذلك يتوجب في كافة هذه الحالات أخذ خزعة من المنطقة المؤوفة وارسالها للفحص النسجي لتأكيد أو نفي الآفة السرطانية •

قد تستمر الحكة الفرجية مع الشعور بالحرقة مدة طويلة دون أن تفكر المرأة بمراجعة الطبيب ، لذا فان أغلب هؤلاء النسوة يراجعن فقط عند ظهور النزوف مع الضائعات ذات الرائحة الكريهة ، وقد لا يراجعن أحياناً الا بعد تشكل التقرحات الواسعة •

ملاحظة :

يجب أن يشتبه الطبيب بوجود الآفة السرطانية في الحالات التي يكون فيها جلد الفرج مؤوفا ومترافقا بحكة حتى يثبت العكس •

اشكال سرطان الفرج :

يكون سرطان الفرج نسجياً في أغلب الاحيان سرطان النسيج الابتليالي المسطح Platenepithelkarzinome ويظهر في شكلين أساسيين :

١ ـ **الشكل القرحي Ulzeroese form :**

يعتبر هذا الشكل الاغلب حدوثاً حيث تبدأ الآفــة السرطانية بظهور قرحة صغيرة سطحية ذات حواف قاسية غير منتظمة .

٢ ـ **الشكل العقدي Knotige form :**

هو الشكل الأندر حدوثاً ويبدأ بظهور عقــدة صغيرة قاسية تتضخم بسرعة لتصل الى حجم الجوزة تتميز بقساوتها وعدم تحرك الجلد عليها ثم لا تلبث أن تتقرح .





آ ب

الشكل (١٤) آ ـ سرطان الفرج القرحى
ب ـ سرطان الفرج العقــدي

انتقــال سرطان الفرج :

ينتقل سرطان الفرج :

١ ـ **بالطرق اللمفاوية Auf den lymphwege :**

يتمتع الفرج بأوعية لمفاوية كثيرة مما يؤدي الى سرعة انتقال الآفــة

السرطانية الى العقد اللمفاوية الموجودة في المنطقة حيث تصاب بالتسلسل ؛ أولا العقد المغبنية ثم العقد الفخذية ثم العقد الحرقفية ، وتبدو العقد المغبنية للفاحص بوضوح نظرا لضخامتها وقساوتها ، لذلك يجب الانتباه اليها في كافة التقرحات والعقد الفرجية التي يشتبه في منشئها السرطاني •

ملاحظة : تجس العقد اللمفاوية المغبنية حسب بعض الاحصائيات في (٥٠٪) من حالات سرطان الفرج ، لذلك يمكن القول أن بعض الآفات السرطانية الواسعة التي تصيب الفرج قد لا تجس فيها هذه العقد البلغمية ؛ وبعكس ذلك يمكن أن تترافق الاورام الصغيرة بعقد مغبنية كبيرة نسبيا •

٢ ــ بالاستمرار Per continuitatem :

ونعني بذلك انتقال الآفة السرطانية بالانتشار من الفرج الى العجان فالمهبل فالاحليل فالمثانة فالمستقيم •

الانـذار : يعتبر الانذار في سرطان الفرج سيئاً رغم السير البطيء للآفة ؛ ويسوء الانذار أكثر عندما تنفتح الآفة السرطانية على الأوعية اللمفاوية •

ب ــ الورم العفلي للفرج Sarkome :

يعتبر الورم العفلي الذي يصيب الفرج من الحالات النادرة •

ب ــ الورم القتاميني Melanoblastome :

يعتبر الورم القتاميني الخبيث من الحالات النادرة جدا وينشأ من البظر أو من الاشفار •

د ــ سرطان غدة بارتولان :

تصاب غدة بارتولان بالسرطان ويعتبر ذلك من الحالات النادرة وتحدث الاصابة على شكلين :

١ ــ السرطان الغـدي Adenokarzinome : الذي ينشأ على حساب النسيج الابتليالي للغدة نفسها •



الشكل (١٥) سرطان البظر

٢ ـ سرطان الخلايا الابتليالية المسطحة : Plattenepithelkarzinome :
الذي ينشأ على حساب النسيج الابتليالي لقناة الغدة وهو نادر جدا والمعالجة في الشكلين لاتختلف عنها في معالجة سرطان الفرج ، أما الانذار فسيىء جداء

المعالجة :

١ ـ المعالجة الجراحية الجذرية :

تعتبر هذه المعالجة المعالجة المفضلة اذا كانت حالة المرأة العامة جيدة تسمح بتطبيقها لأن تحملها ليس سهلا .

آ ـ تقوم هذه المعالجة الجراحية على استعمال المشرط العادي واستئصال الفرج مع كافة العقد البلغمية المغبنية والفخذية في الجانبين ، ثم تتبع بتطبيق المعالجة بأشعة رونتجين على المنطقتين المغبنيتين .

ب ـ المعالجة الكهربائية الجراحية : Elektrochirurgie وهي نفس المعالجة السابقة ، وتختلف عنها فقط باستعمال المشرط الكهربائي بدل المشرط العادي .

٢ ـ المعالجة بالالكترونات : Elektrontherapie

تطبق هذه المعالجة في الحالات التي لا تسمح بها حالة المرأة العامة

بتطبيق المعالجة الجراحية الجذرية • وهي عبارة عن نوع من المعالجةالشعاعية ذات التوتر (فولتاج) العالي ويستعمل فيها البيتاترون Betatron الذي يرسل الالكترونات باتجاه الآفة ، وقد أعطت هذه المعالجة نتائج جيدة •

كذلك يمكن تطبيق أشعة غاما باستعمال الكوبالت (Tele-Kobalt 60)

٣ ــ المعالجة الملطفة Palbatiomassnahmen :

تطبق هذه المعالجة في الحالات التي لا تسمح فيها حالة المرأة العامة بتطبيق المعالجة بالطريقتين السابقتين وتقوم على تطبيق احدى الطرق التالية :

آ ــ الجراحة الكهربائية باستئصال الورم فقط •

ب ــ التخثير الكهربائي للورم Elektrokoagulation .

ج ــ التبريد : (Kryochirurgie) وتقوم هذه المعالجة الاخيرة على استعمال أجهزة خاصة تطبق على الورم لتبريده الى درجات شديدة جدا ، حيث تتجمد النسج السرطانية التي لا تلبث أن تتموت وتسقط ، ثم تترك المنطقة تشفى بعد ذلك بالمقصد الثاني Sekundaere Heilung .

الباب الثالث

المهبـــل

VAGINA

يتألف النسيج الابتليالي المهبلي من عدة طبقات من النسيج الابتليالي المسطح « Plattenepithel » الذي لا يتقرن عـادة ، كما أنه لا يحوي على الغدد بتاتا ، لذلك فان التسمية الصحيحة لهذا النسيج هي جلد المهبل وليس الغشاء المخاطي للمهبل . كذلك فان السائل القليل الذي يتكون في هـذا النسيج لا تصح تسميته بالمفرزات المهبلية ، لانه عبارة عن سائل تنحي ناشىء عن النسيج الابتليالي نفسه .

التأثير الهرموني على النسيج الابتليالي المهبلي :

١ ـ تأثير الاوستروجين :

آ ـ يعمل على بناء النسيج الابتليالي المهبلي حتى نهاية حدود الطبقة السطحية ، أي على بناء جميع طبقات النسيج الابتليالي المهبلي .

ب ـ هو المسؤول عن وجود الغليكوجين فيالخلايا الابتليالية المهبلية .

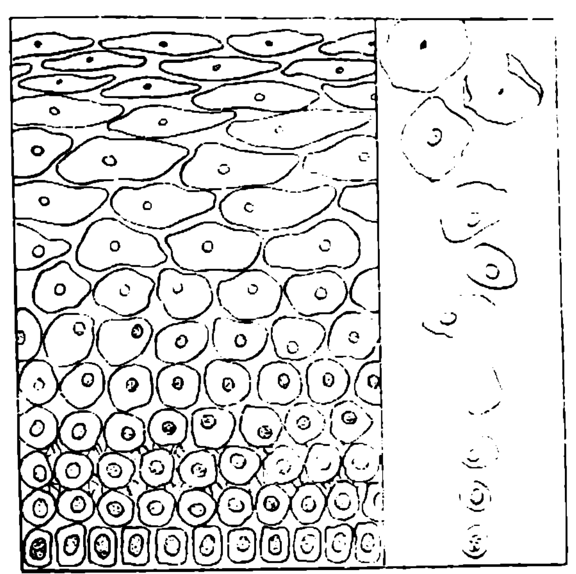
جـ ـ ينقص من الجراثيم الممرضة الموجودة في المهبل ومن عدد الكريات البيض الموجودة فيه أيضا .

٢ ـ تأثير البروجسترون :

آ ـ يساهم مع الاوستروجين في بناء النسيج الابتليالي المهبلي حتى نهاية حدود الطبقة المتوسطة .

ب ـ يعمل في فترة الدور الثاني من الدورة الطمثية ، أي في الدور اللوتهئيني ، على توسف الخلايا السطحية من النسيج الابتليالي المهبلي تلك الخلايا التي نشأت بتأثير الاوستروجين • لذا يمكن القول بأن جلد المهبل يمر بدورة نظامية بحيث اذا أخذنا لطاخة مهبلية خلال الدور الاول أو الثاني من الدورة الطمثية ، فاننا نحصل على أشكال متمايزة من الخلايا تختلف حسب كل من الدورين ، وكذلك فاننا نستطيع عن طريق الفحص الخلوي للطاخة المهبلية أن نعرف مدى الاضطراب الهرموني إن وجد •

هذا ويجب أن نعلم أن للمهبل علاوة على وظائفه المعروفة (طريق خروج دم الطمث ومفرزات العنق ، عضو الجماع ، جزء من القناة التناسلية التي يمر منها الجنين عند الولادة) ، وظيفة خاصة هي كونه عضو دفاع ذاتي ، وعضو دفاع عن الاعضاء التناسلية العلوية الاخرى •



الشكل (١٦) البناء الخلوي لنسيج ابتليالي طبيعي للمهبل

المهبل كعضو دفاع والعناصر التي يستند اليها في دفاعه :

يقوم المهبل بوظيفة عضو دفاع للدفاع عن نفسه وعن الاعضاء التناسلية

الكائنة فوقه ضد الدويبات المشعرة Trichomonaden ، الفطور Candida Albicans ، المكورات العنقودية ، المكورات العقدية ، العصيات الكولونية وغيرها من العوامل المرضة المتوضعة على الفرج ، ويتجلى هذا الدفاع المهبلي بشكلين :

الاول : منع العوامل المرضة من دخول المهبل •

الثاني : منعها من النمو فيما اذا استطاعت دخول المهبل •

ويقوم دفاع المهبل هذا على أربعة عناصر تعمل مشتركة هي :

١ ــ صحة المبيضين : ويعني ذلك افراز المبيضين لهرموني الاوستروجين والبروجسترون بكميتيهما الطبيعيتين ، اذ أن نقص الاوستروجين يؤدي الى نقص في بناء الخلايا الابتليالية المهبلية بحيث تبقى سماكة مجموع الطبقات الابتليالية أقل مما هي عليه في الحالة الطبيعية ، كما تقل كمية الغليكوجين الذي تحويه الخلايا الابتليالية عادة، وسنرى كيف يلعب الغليكوجين دورا مهما في دفاع المهبل •

٢ ــ الغليكوجين : وهو الغليكوجين الموجود في الخلايا الابتليالية المهبلية والذي يتكون من تخمر السكر (المالتوز والدكستروز) • تتوسف الخلايا السطحية الغنية بالغليكوجين باستمرار ويصل هذا التوسف الى أعلى درجة في الدور اللوتهئيني ، ثم تأخذ هذه الخلايا المتوسفة بالانحلال وهذا ما يسمى بالانحلال الخلوي Zytolyse الذي يحدث في فترة النشاط التناسلي بتأثير عصيات دودرلاين Doederlein ، لذلك يمكن تسميته أيضا بالانحلال الخلوي الجرثومي Bakterielle Zytolyse ، ويعتقد بأنه عند انحلال الخلايا تنطلق خمائرها حرة فتحول الغليكوجين الموجود في الخلية الى سكر، ويحوي المهبل حسب رأي شرودهر Schroeder على محلول سكري بنسبة(½ ــ ٤٪) •

٣ ــ وجود جراثيم حامض اللبن لدودرلاين : التي تسمى عصيات

دودرلاين ، وهي موجودة بشكل طبيعي في المهبل تعيش على السكر المهبلي ، حيث تخمره ليتحول الى حامض اللبن •

٤ ــ وجود حامض اللبن : الذي تتراوح فيه قيمة PH بين (٣ر٨ ــ ٥ر٤) ، علماً بأن عصيات دودرلاين لا يمكن أن توجد الا اذا توفرت الشروط التـــالية :

آ ــ اذا كانت خلايا الطبقة المتوسطة حاوية على كميات كافيـــة من الغليكوجين ، اذ يسكن لخلايا هذه الطبقة المتوسطة فقط أن تنحـــل بتأثير عصيات دودرلاين ، إذ يعتقد بأن الغليكوجين الموجود في خـــلايا الطبقة السطحية ، لا يمكن أن يتأثر بعصيات دودرلاين لانه غير قابل للانحلال بالماء ، بعكس الغليكوجين الموجود في خلايا الطبقة المتوسطة • لذا ففي مرحلة ما قبل الاباضة حيث تكون أغلبية الخلايا المتوسفة من الطبقة السطحية ، يكاد ينعدم وجود عصيات دودرلاين في المهبل بينما تكثر هذه العصيات في بداية الدور اللوتهئيني نتيجة لكثرة توسف خلايا الطبقة المتوسطة •

ب ــ اذا كان الوسط المهبلي تتراوح قيمة PH فيه بين (٣ر٨ ــ ٥ر٤) حيث يعتبر وسطاً حامضياً نسبياً •

هذا ويعتبر العنصر الاول أي افراز المبيضين للهرمونات بكميات طبيعية هو العنصر الاساسي الذي يقوم عليه دفاع المهبل ، كما ان اضطراب أحد العناصر الاربعة المذكورة سوف يؤدي الى تغيير في قيمة PH ، بحيث تميل نحو القلوية مما يسمح للجراثيم بالنمو واحداث الالتهاب المهبلي والضائعات المهبليـــة •

ويبين لنا الانموذج (الشيما) التالي ترابط العناصر الاربعة المذكورة ، وكيفية اشتراكها في عملية دفاع المهبل :



الشكل (١٧) عصيات دودرلاين والخلايا الابتليالية الحاوية على الغليكوجين

اوستروجين + بروجسترون
↓
بناء النسيج الابتليالي المهبلي
↓
توسف الخلايا الابتليالية (من الطبقة المتوسطة)

تحلل

↓
أي تحرر الخلايا

تخمر

خمائر الخلايا ← الغليكوجين
↓
السكر
(مالتوز + دكستروز)
↓

حامض اللبن PH = ٤ تقريبا (٥ر٣ – ٥ر٤)

قيمة PH كوسط ملائم لعصيات دودرلاين
↑
يمكن لعصيات دودرلاين أن توجد فقط في الوسط الذي تكون فيه قيمة PH = ٤ تقريبا

الحالات التي يضطرب أو ينعدم فيها الدفاع المهبلي : (PH = ٤) :

١ ـ الحالات الفيزيولوجية :

تعتبر الحالات فيزيولوجية عند حدوث الطمث ، أي في نهاية كل دورة طمثية ، لان المفرزات الخارجة من الرحم ذات تفاعل قلوي مما يعدل حموضة الوسط المهبلي ، لذا فان القدرة الدفاعية المهبلية تتوقف في هذه الفترة .

٢ ـ الحالات المرضيـــة :

آ ـ عند اجتياح عدد كبير من الجراثيم الآتية من الخارج (الفرج ، الامعاء) وذلك إما نتيجة لكثرة الجراثيم المتوضعة على الفرج ، أو لنقص في انغلاق مدخل المهبل (هبوط الرحم ، تمزقات العجان) .

ب ـ عند اجتياح عدد كبير من الجراثيم الآتية من الاعلى، أي في حالات الالتهابات المتقيحة للغشاء المخاطي لباطن العنق ، تفتت سرطانات عنق الرحم أو جسم الرحم ، التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، تقيح الرحم وغيرها من الحالات .

ج ـ عند ازدياد مفرزات عنق الرحم لان تفاعلها القلوي سوف يؤدي الى اضعاف حموضة المهبل .

د ـ عند عمل الغسولات المهبلية وبخاصة الغسولات الحاويـة على الصابون ، الذي يعدل من حموضة المهبل ، أو يحول وسطها الحامضي الى وسط قلوي . هذا ويمكن للاجسام الاجنبية الموجودة في المهبل (الكعكات المهبلية أو غيرها) أن تغير من قيمة (PH) .

هـ ـ في الامراض المضنية وبخاصة الداء السكري اذا رافق الحمل .

و ـ في الاضطرابات الهرمونية ، ويعتبر التهاب المهبل الشيخي أصدق مثال على ذلك لانه يعزى الى نقص الاوستروجين .

ز ـ عند المعالجة بالصادات لانها تساعد على انتشار الفطور المتوضعة في المهبل(التهاب المهبل الفطري)، كما انها تنقص من كمية عصيات دودرلاين .

التهـاب المهبـل Kolpitis :

يعتبر التهاب المهبل أكثر الآفات المهبلية حدوثاً ، لان النسيج الابتليالي المهبلي غير محمي بطبقة متقرنة من الخلايا كما هو الحال في الجلد ، لذا يمكن لكثير من المؤثرات الخارجية التأثير فيه بسهولة .

يميز من بين المؤثرات المحدثة للالتهاب المهبلي : المؤثرات الميكانيكية (الاجسام الاجنبية ، الكعكات المهبلية) ، المؤثرات الحرارية ، المؤثرات الكيماوية والمؤثرات الشعاعية . هذا وتعود أغلب المؤثرات المحدثة للالتهاب المهبلي الى عضويات صغيرة Microorganisme سنتكلم عنها باسهاب .

اننا نعلم أن الكائنات الحية الممرضة والموجودة في المهبل لا تحدث التهاب المهبل ، الا اذا طرأ سبب ما أدى الى تغير في الوسط المهبلي ، وبمعنى أوضح اذا تغيرت قيمة PH زيادة أو نقصاناً .

الانواع المهمة للالتهابات المهبلية :

نميز من بين الالتهابات المهبلية أربعة أنواع مهمة هي :

١ ـ التهاب المهبل بالدويبات المشعرة Trichomonaden Kolpitis .

٢ ـ التهاب المهبل الفطري (البيضة البيضاء)
Soor (Candida - Albicans) Kolpitis .

٣ ـ التهاب المهبل بالجراثيم المقيحة (العنقودية ، العقدية ، العصيات الكولونية والمكورات البنية) .

٤ ـ التهاب المهبل الشيخي Kolpitis Senilis .

ان أكثر هذه الانواع مصادفة هما التهاب المهبل بالدويبات المشعرة والتهاب المهبل الفطري ، وهما مسؤولان عن أكثر حالات الضائعات المهبلية . هذا وقد أصبح من السهل معالجة هذين النوعين من الالتهابات نظراً للمعلومات الحديثة في بحوث الامراض النسائية عموماً ، لذا يجب التفكير بهذين السببين بالنسبة لكافة الالتهابات المهبلية أولا ، ثم ببقية الاسباب الاخرى ثانيا .

١ ــ التهاب المهبل بالدويبات المشعرة Trichomonaden Kolpitis :

يحدث هذا الالتهاب بالدويبات المشعرة المهبلية Trichomonas Vaginalis وهي طفيليات من ذوات السياط Flagellat ، ونظرا لامكانية هذه الدويبات من الانتقال الى عنق الرحم والاحليل والمثانة لذا تفضل تسميتها الدويبات المشعرة البولية التناسلية Trichomonas urogenitalis • لقد كشفت من قبل الطبيب الفرنسي ــ الفريد دومه ــ Alfred - Domé عام ١٨٣٦ ، وتوجد في المهبل بشكل طبيعي غير ممرض الا اذا حدث تغير في قيمة PH ، بحيث تميل نحو القلوية التي تعتبر الوسط المناسب للشروط الحياتية لها ، حيث تصبح قادرة على احداث المرض ، أي التهاب المهبل بالدويبات المشعرة والضائعات المهبلية الناجمة عن وجودها ، ويعتبر اليوم التهاب المهبل بالدويبات المشعرة حالة مرضية مستقلة •

كشف الدويبات المشعرة المهبلية :

طريقة كورته W. Korte : تؤخذ قطرة من السائل الفيزيولوجي وتوضع على صفيحة، ثم تؤخذ بالحلقة البلاتينية بعد تلهيبها، قطرة من المفرزات المهبلية المتوضعة في الرتج الخلفي للمهبل ، وتوضع فوق قطرة السائل الفيزيولوجي وتمزجان معاً ، ثم يفحص المزيج (بعد تغطيته بصفيحة ساترة أو بدونها) تحت المجهر بالعدسة المتوسطة (وهي عدسة مكبرة من ٦٠ ــ ٢٤٠ ضعفاً)، فتشاهد الدويبات المشعرة بسهولة وتعرف من حركتها الخاصة ، علماً بأن حجمها يزيد قليلا عن حجم الكرية البيضاء •



الشكل (١٨) دويبة مشعرة مهبلية



الشكل (١٩) (آ ــ ب) الدويبات المشعرة في محضر حديث

نسبة حدوث التهاب المهبل بالدويبات المشعرة :

تذكر الاحصائيات أن التهاب المهبل بالدويبات المشعرة يتراوح بين ٥ ــ ٩٠٪ من مجموع حالات التهاب المهبل ، يكون ربعها عديم الاعراض ونصفها يتجلى بأعراض خفيفة ، أما الربع الباقي فيتجلى بأعراض شديدة . ينتقل هذا الالتهاب غالبا الى المهبل والى عنق الرحم وجوف الرحم والاحليل والمثانة بالاتصال الجنسي ، لذلك تتراوح نسبة الاصابة في الزوجين بين (٢٥ ــ ١٠٠٪) . هذا ويمكن انتقال هذا الطفيلي وان كان ذلك نادرا عن طريق استعمال المغطس في الحمام (بانيو)، أو عن طريق استعمال المرحاض الافرنجي، ويتراوح دور الحضانة بين (٤ ــ ٨) يوما .

الاعــراض : تتجلى بحكة مع الشعور بالحرق في الفرج وداخل المهبل ، ترافق بضائعات ، وقد تشكو المريضة أحياناً من حرقة أثناء البول ومن اضطرابات مثانية أخرى ، اذ تدل بعض الاحصائيات على أن نســبة اصابة المثانة تتراوح بين (١٠ ــ ٢٠٪) من الحالات .

لذلك ينصح في الاضطرابات المثانية المعندة على المعالجه أن يفكر بالدويبات المشعرة التي قد تعود اليها أسباب هذه الاضطرابات •

أما الضائعات فتكون وصفية في أغلب الحالات ، إذ تبـدو شديدة السيولة ، رغوية ، قيحية ، وقد تكون أحيانا بنية أو رمادية اللون ، علماً بأن الضائعات غير الرغوية لا تنفي منشأها العائد للدويبات المشعرة • تتميز هذه الضائعات أيضا بشدتها ، وبرائحة خاصة كريهة يمكن تشخيصها بها ، أما جدر المهبل فتبدو كما في بقية الالتهابات المهبلية متوذمة ومحمرة •

هذا ويرى بعض المؤلفين أن الخلايا الابتليالية لظاهر العنق تبدو غير وصفية أو قريبة من منظر الخلايا السرطانية •

المعـالجة :

تعتبر المعالجة بمركبات (هيدروكسي ايتيـل ــ مهتيـل ــ نيترو ميـدازول Hydroxyaethyl - methyl - nitromidazole) مـن أفضـل المعالجات الحديثة ويفضل اعطاؤها عن طريق الفم وعن طريق المهبل في وقت واحد • هذا ويمنع خلال المعالجة الاتصال الجنسي ، وتناول المشروبات الكحولية ، كما يطلب من المريضة تغيير ثيابها الداخلية بعد غليها مرتين يوميا على الاقل خشية حدوث النكس ، كما يمنع منعاً باتاً استعمال الثياب الداخلية التي تدخل المركبات الصناعية (نايلون وما شابه) في تركيبها • ان علاج الزوج في نفس الوقت الذي تعالج فيه الزوجة أمر ضروري ، كما أن شفاءه محقق تماماً •

ان اثبات وجود الطفيلي عند الرجل صعب الا أن ذلك ليس ضرورياً ، لأن من الثابت عدوى الزوج إذا كانت الزوجة مصابة بنسبة قد تصل الى ٩٠٪ ، والغالب أن الرجل رغم اصابته لا يشكو من أية أعراض أو من أعراض بسيطة فقط تعود لالتهاب الاحليل والتهاب الحشفة Balanitis • كذلك يجب

اجراء فحص مراقبة Kontrolle لكل امرأة عولجت من الاصابة بالالتهاب المهبلي بالدويبات المشعرة ، ويفضل اجراؤه بعد الطمث الاول الذي يلي المعالجة • هذا ورغم أنه لم يثبت حدوث تشوهات في الأجنة بعد المعالجة المذكورة ، إلا أنه يتوجب عدم تطبيقها في الشهور الاولى من الحمل خشية هذا التشوه •

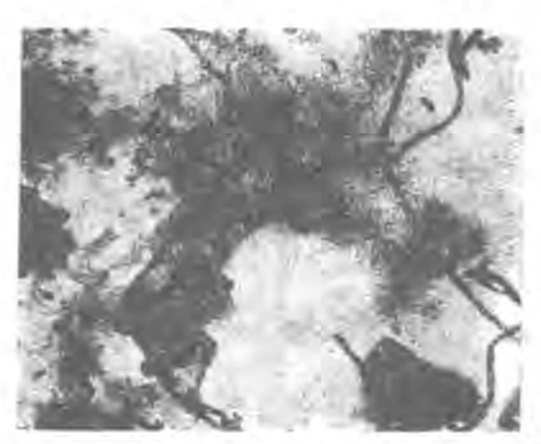
٢ ــ التهاب المهبل الفطري Kolpitis (Candida - albicans) Soor :

يحدث هذا الالتهاب عادة بالفطور البيضية البيضاء (Candida - albicans) وقد كانت تسمى سابقا مونيليا Monilia او Oidium albicans توجد هذه الفطور في المهبل بشكل ممرض أو غير ممرض وذلك حسب الوسط المهبلي ، ووجودها لا يعني بالضرورة حدوث الالتهاب المهبلي ، اذ لا تكون فعالة إلا إذا اضطربت قيمة PH ومالت من الحموضة الى القلوية ، حيث يحدث عندئذ الالتهاب المهبلي الفطري ، والضائعات الفطرية ، والتهاب الفرج التي تترافق بحكة شديدة في المهبل والفرج معاً •

هذا وتعتبر من أهم الشروط المساعدة لحدوث هذا الالتهاب ضعف المقاومة العامة ، الامراض المضنية ، الداء السكري ، الحمل ، المعالجة الشعاعية والمعالجة بالصادات • لقد ذكرت الابحاث الطبية أن استعمال الصادات يؤدي الى زيادة في نمو وتكاثر الفطور لأنه يؤدي الى اضطراب فلورا البدن ، ويقال أيضا أنه يمكن لمركبات الكورتيزون أن تلعب نفس الدور •

تميل النساء الحوامل والمصابات بالداء السكري الى الاصابة بالتهاب المهبل الفطري •

كشف الفطور البيضية البيضاء : تؤخذ قطرة من الضائعات المهبلية بالحلقة البلاتينية بعد تلهيبها ويفضل أخذها من الرتج الخلفي للمهبل أو من



الشكل (٢٠) الفطور البيضية البيضاء في محضر حديث

مدخل المهبل ، وتوضع على صفيحة ، وتؤخذ قطرة أخرى من الفرج ويوضع عليهما قطرة من المصل الفيزيولوجي ، والافضل أن توضع بدلا عنها قطرة من محلول هيدروكسيد البوتاسيوم KOH بنسبة (١٠ ــ ٣٠٪) ، ثم تفحص تحت المجهر بالعدسة المكبرة (٣٢٠) ضعفاً حيث تشاهد بوضوح الخيوط والخلايا الفطرية • إن النتيجة لا تكون ايجابية دائما رغم وجود الآفـة الفطرية ، كما أنه لا توجد طريقة عملية لكشف الفطور غير هذه الطريقة بالنسبة لطبيب العيادة ، الا أن اثباتها بالزرع أمر سهل ويتم ذلك طبعاً في المخبر •

طـرق العــدوى : تحدث العــدوى :

آ ــ بالاتصال الجنسي •

ب ــ بالانتقال من الامعاء الى المهبل إلا أن هذا الطريق لم يؤكد بعد •

الاعـــراض : تعتبر الحكة الشديدة في المهبل والفرج من أهم أعراض التهاب المهبل الفطري ، وهي حكة معندة ومزعجة جدا ، كما يمكن أن تشكو المريضة أيضا من الشعور بحرقة في المهبل • وتعتبر الضائعات العرض الثاني من حيث الاهمية ، وهي بعكس الضائعات الناجمة عن التهاب المهبل بالدويبات

المشعرة عديمة الرائحة ، مائية ليس لها صفة مميزة ، الا أنها قد تكون أحيانا كثيفة (مثل كثافة المراهم) ، أو تكون جبنية ، كما تكون أحيانا قليلة وقد تكون كثيرة جداً •

في الحالات الحادة يكون المهبل محمراً ومنبجاً ، ويكون الفرج غالباً متوذماً ، ولكن في أغلب الحالات لا تصاب جدر المهبل الا بتغير بسيط رغم شدة الحكة وشدة الشعور بالحرقة المهبلية •

كما تشاهد في بعض الحالات توضعات بيضاء تشبه التوضعات الفطرية التي تبدو على الغشاء المخاطي للفم عند الرضع ، وقد تبدو التوضعات المهبلية جبنية الشكل (بلون الكريم Crème) الا أن عدم مشاهدتها لا ينفي المنشأ الفطري للالتهاب المهبلي •

المعالجـــة :

تقوم المعالجة على استعمال نوع من الصادات بشكل تحاميل مهبلية وبشكل مرهم يطبقان معاً وقد أدت هذه المعالجة الى نتائج جيدة جداً •

وكما في معالجة التهاب المهبل بالدويبات المشعرة ، يجب معالجة الزوج أيضا باستعمال المرهم لدهن القضيب وما حوله عدة أيام ، وكذلك يجب على المريضة خلال مدة المعالجة أن تغير ثيابها الداخلية مرتين يوميا على الاقل بعد غليها ، كما تمنع مـــن استعمال الثياب الداخلية التي تحوي على مواد صناعية (نايلون وما شابه) •

٣ ـ التهاب المهبل بالجراثيم المقيحة للجروح :
: Kolpitis durch Infektion mit Wundeiterkeimen

هو التهاب المهبل بالمكورات العنقودية والمكورات العقدية والعصيات الكولونيةوالمكورات البنية، وهو قليل الحدوث نسبياً اذا قورنبالتهاب المهبل بالدويبات المشعرة وبالتهاب المهبل الفطري •

آ ــ من المعروف حاليا أن الجراثيم المقيحة المذكورة لا تحدث التهاباً مهبلياً ، رغم توضعها على النسيج الابتليالي للمهبل فترة طويلة بسبب مقاومته الشديدة، لكنها تصبح قادرة على احداث الالتهاب اذا استطاعت اجتياز النسيج الابتليالي عن طريق جرح أو سحجة مهبلية .

ان التهاب المهبل بالجراثيم المقيحة أمر نادر ، الا أن الضائعات القيحية المهبلية حالة كثيرة الحدوث ، وتعود هذه الضائعات الى التهاب المهبل بالدويبات المشعرة ، أو الى التهاب المهبل الفطري ، أو الى التهاب عنق الرحم ، حيث يكون المهبل في هذه الحالة الاخيرة طريقاً لمرور هذه الضائعات.

يعتبر التهاب عنق الرحم النزلي Zervixkatarrh من أهم أسباب الضائعات المهبلية القيحية .

لذا تقوم المعالجة الناجعة للضائعات المهبلية على معالجة السبب الذي أدى الى هذه الضائعات ، وعلى الطبيب الفاحص أن يلاحظ فوهة العنق كما يلاحظ المهبل بالذات .

المعالجة :

تكاد الجراثيم المقيحة ان لا توجد في المهبل إلا إذا وجدت الدويبات المشعرة أو الفطور بكثرة أو كلاهما معا ، هذا وتؤدي المعالجة للدويبات أو للفطور في نفس الوقت الى اختفاء الجراثيم المقيحة بشكل عفوي .

ب ــ التهاب المهبل بالمكورات البنية : يمكن للمكورات البنية أن تؤثر على الغشاء المخاطي اذا كان ضعيفاً أو رقيقاً، دون الحاجة لوجود جرج أو سحجة لاحداث الالتهاب المهبلي كما في الجراثيم المقيحة الاخرى حسبما ذكرنا ، إلا أنها رغم ذلك لا تلعب الا دوراً ضئيلاً في احداث التهاب المهبل بسبب مقاومة النسيج الابتليالي عند النساء الشابات ، وخاصة اذا كن قد ولدن من قبل ، إذ في هذه الحالة لا تستطيع المكورات البنية أن تؤثر على النسيج لابتليالي أو اذا أثرت فلفترة قصيرة . على هذا الاساس يمكن القول أن

التهاب المهبل بالمكورات البنية عند النساء الشابات يكاد يكون معدوماً لكنه يصادف اذا توفرت الشروط التالية :

آ ـ اذا كان النسيج الابتليالي طرياً كما في النساء بعد ولادة حديثة أو عند الفتيات الصغيرات أو بعد فض البكارة .

ب ـ اذا كان النسيج الابتليالي رخواً كما في النساء أثناء الحمل .

ج ـ اذا كان النسيج الابتليالي رقيقاً كما في النساء عند الشيخوخة .

٤ ـ التهاب المهبل الشيخي Kolpitis senilis

يتوقف المبيضان نهائياً عن الافراز في الشيخوخة وبخاصة في الشيخوخة المتقدمة ، وبذلك تتوقف الدورة الرحمية بالنسبة للغشاء المخاطي لباطن الرحم، أي ينعدم فيه دورا البناء والهدم أي دورا التنمي والافراز مما يؤدي الى انعدام الطمث ، كما يصاب الغشاء أيضا بنقص التروية وبالتالي بالضمور ، حيث يؤدي ذلك كله الى توقف في تكون الغليكوجين في خلايا النسيج الابتليالي وتوقف في تكون حامض اللبن ، فيفقد المهبل قدرته الذاتية على الدفاع ، وعندئذ تصبح العوامل غير الممرضة والموجودة بشكل طبيعي في المهبل قادرة على احداث الالتهاب المهبلي ، والمخطط التالي يوضح لنا حدوث هذا الالتهاب :

نقص الاستروجين

↓

ضمور وانكماش جلد المهبل (سهولة قابلية تأذي النسيج الابتليالي)

↓

نقص الغليكوجين وحامض اللبن

↓

اضطراب شديد في الدفاع الذاتي للمهبل

↓

صعود وتحول العوامل الممرضة من عوامل غير فعالة الى فعالة

↓

التهاب المهبل الشيخي

أنواع التهاب المهبل الشيخي : هناك نوعان لالتهاب المهبل الشيخي :

آ ـ **النوع الخفيف** : تكون جدر المهبل محمرة قليلاً لكنها ملساء تغطيها ضائعات قيحية غزيرة رقيقة تسيل بكميات غزيرة أيضا الى خارج المهبل .

ب ـ **النوع الشديد** : تتوضع بقع حمراء متعددة ومنتبجة على جدر المهبل (وهي من الناحية النسجية عبارة عن ارتشاح خلوي) ، تبدو بعد توسفها على شكل ضياع مادي في النسيج الابتليالي ، وتتوضع بالدرجة الاولى في الثلث الخلفي من المهبل وقد تكون نازفة أحيانا . اذن يمكن للضائعات المهبلية في التهاب المهبل الشيخي أن تكون قيحية أو مدماة .

ملاحظة : يجب التفكير بالآفة السرطانية عند كل امرأة مسنة مصابة بالضائعات مهما كان نوعها .

إذ ليست الضائعات المدماة فقط هي التي يمكن أن تعود الى الآفات السرطانية ، بل يمكن أن تكون الضائعات الرقيقة الصفراء عند نساء مسنات ذات منشأ سرطاني أيضا . كما يمكن للآفات السرطانية عموماً أن تكون سبباً في تشكل الضائعات القيحية غير المدماة، وبخاصة سرطانات جسم الرحم ، التي لا تؤدي الى النزوف الرحمية أو الضائعات المدماة في بداية الاصابة بل قد تؤدي الى ضائعات قيحية وان كان ذلك نادراً .

فالضائعات هنا عبارة عن المفرزات القيحية الناجمة عن سرطان جسم الرحم التي تسيل عن طريق المهبل الى خارج الاعضاء التناسلية ، أو أنها عرض لالتهاب مهبلي سببه سرطان جسم الرحم ، والذي يمكن تسميته أيضا التهاب المهبل السرطاني Carcinome - Kolpitis ، حيث ينجم عن اضطراب الوسط الكيمياوي في المهبل بسبب المفرزات السرطانية الآتية من سرطان جسم الرحم ، مما يؤدي بالتالي الى اضطراب في الدفاع المهبلي الذاتي .

اذن فالتهاب المهبل السرطاني عند النساء المسنات لا ينجم عن نقص الاستروجين كما في التهاب المهبل الشيخي، لهذا يجب التفكير بالمنشأ السرطاني عند وجود ضائعات قيحية عند نساء مسنات ، اذ يمكن أن تنجم عن سرطان خفي في جسم الرحم كما يمكن أن تنجم أيضا عن سرطان المهبل •

يحدث الضياع المادي للنسيج الابتليالي المهبلي في التهاب المهبل الشيخي، في الثلث العلوي من المهبل، وهو نفس المكان الذي يتوضع فيه سرطان المهبل• كما يمكن أن تصاب النساء المسنات بسرطان العنق أيضا ، لذا فان التشخيص التفريقي يرتكز على معرفة المكان النازف • هذا ومن المهم أن نعرف أن ثلثي أسباب النزوف عند النساء المسنات يعودان الى أسباب سرطانية •

المعالجـــة :

تقوم معالجة التهاب المهبل الشيخي على اعطاء هرمون الاستروجين ، وليكون الشفاء سريعاً يفضل اعطاؤه حسب تجارب قديمة على شكل حقن عضلية ، وبنفس الوقت على شكل مرهم يطبق داخل المهبل مرتين أسبوعياً • أما خطر حدوث النزف الرحمي بسبب اعطاء الاستروجين فغير وارد لأن الكمية المعطاة عادة هي ١٠ ملغ من بنزوات الاوستراديول Oestradiolbenzoat وهي ليست كافية للتأثير على الغشاء المخاطي لباطن الرحم في مثل هذا السن • هذا ويحذر من استعمال نترات الفضة أو كلور الزنك لتأثيرهما الشديد على جلد المهبل السريع العطب •

اذا طبقــت المعالجة مدة أربعة أسابيع ولم يشف الالتهاب المهبلي الشيخي ، يتوجب عندئذ اجراء تجريف الرحم وفحص المادة المجرفة نسجياً •

أنواع التهاب المهبل حسب تشريحها المرضي :

١ ـ التهاب المهبل البسيط Kolpitis Simplex :

ويتميز باحمرار مع اتباج يشمل جدر المهبل بكاملها •

٢ ـ التهاب المهبل الحبيبي Kolpitis granularis :

ويتميز بتشكيل حبيبات أو عقيدات محمرة لاطئة على جدر المهبل ، يتراوح حجمها بين رأس الدبوس وحبة العدس ويمكن أحيانا الشعور بها باللمس ، وهي مجهرياً عبارة عن ارتشاح الكريات البيض وتجمعها لتشكل تلك الحبيبات ، فاذا أزيلت ظهرت تحتها تقرحات تترك بقعاً رمادية بعد شفائها ، كما يمكن للتقرحات المتقابلة أن تلتصق مع بعضها البعض بسبب غياب النسيج الابتليالي مشكلة ما يسمى بالتهاب المهبل الملتصق Kolpitis adhesiva • قد يحدث في بعض الحالات النادرة ما يسمى بالتهاب المهبل الغشائي الكاذب Pseudomenbranoeser Kolpitis أو التهاب المهبل المواتي Nekrotisirender Kolpitis مثلاً (التهاب المهبل الدفتريائي Scheidendiphtherie) كما تصادف حالات أخرى وان كانت نادرة جدا مثل فلغمون المهبل ، أو غنغرينا المهبل ، أو التهاب المهبل المنتفخ الفقاعي Kolpitis emphysematosa حيث تشاهد فقاعات على جدر المهبل تشفى عفوياً •

أورام المهبل Tumoren der scheide :

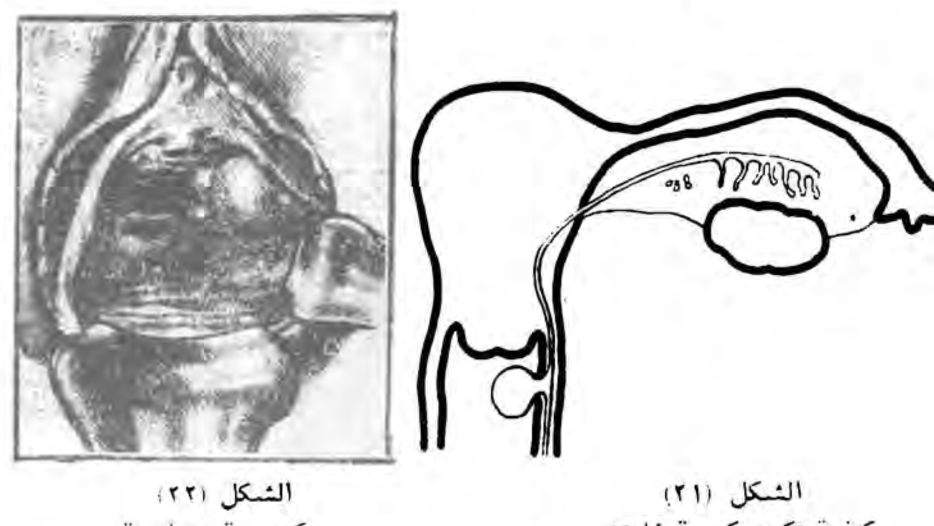
١ ـ أورام المهبل السليمة : Gutartige tumoren der scheide
Benign tumors of the vagin

تعتبر الكيسات المهبلية Scheidenzysten من الأورام المهبلية السليمة التي لها قيمة من الناحية العملية ، وتكون مفردة أو متعددة تتوضع على أحد جانبي الجدار المهبلي • تتشكل هذه الكيسات من بقايا قناة غارتنر Gartnersche Gange أو قناة موللر Müllersche Gange ، وتستأصل اذا كانت كبيرة أو مزعجة ، أما اذا كانت صغيرة فتترك وشأنها • أما منشأ قناة غارتنر فانه يتضح كما يلي :

تستمر أقنية موللر عند المرأة في النمو أما عند الرجل فتستمر أقنية وولف في النمو والتطور ، بينما تتوقف عن نموها عند المرأة خلال الحياة

الجنينية ثم تندثر نهائيا ، إلا أنها في ٢٠٪ من النساء تتبقى منها أجــزاء متنكسة أطلق عليها اسم أقنية غارتنر •

هذا وتعتبر أورام المهبل الليفيــة والعضلية « Fibrone. Myome » من الحالات النادرة •



الشكل (٢١)
كيفية تكون كيسة غارتنر

الشكل (٢٢)
كيســة مهبليــة

٢ ــ اورام المهبل الخبيثة : Boesartige Tumoren der Scheide
Malignant Tumors of the Vagina

ســرطان المهبــل : Scheidenkarzinom
Carcinoma of the Vagina

تقسم سرطانات **المهبل** عموما الى نوعــين : **بدئية وثانوية** •

١ ــ سرطانات المهبل البدئية : تنشأ هــذه السرطانات مباشــرة من **المهبل** ، وتشكل (٣٪) من كافة سرطانات **الاعضاء التناسلية** عند المرأة كما تظهر في الاعمار المتأخرة ، وتتوضع غالباً في الثلث العلوي من **المهبل** وبخاصة على الجدار الخلفي ، الا أنها يمكن أن تتوضع في مختلف أجزاء **المهبل** ، ويميز من سرطانات المهبل البدئية **شكلان** :

آ ــ الشكل العقدي القرحي Knoetige - ulzeroese Form : ويظهر في هذا الشكل عقدة غير منتظمة على جدار المهبل ، دائرية الشكل أو متطاولة لا تلبث أن يتفتت سطحها لتكوّن قرحة سرطانية تفرز سائلاً مصلياً مدمى رائحته كريهة •

ب ــ الشكل المسطح المرتشح Flachenhaft - infiltrierende Form . تنشأ في هذا الشكل الآفة السرطانية تحت النسيج الابتليالي Subepithelial

ويمكنها أن تستولي على قسم كبير مــن جدار المهبل بحيث يتحول المهبل الى قناة قاسية ، ثم لا تلبث أيضا أن تتقرح نتيجة لتفتت القسم السطحي •



الشكل (٢٣) سرطان مهبلي في الجدار الخلفي

٢ ــ سرطانات المهبل الثانوية : تنشأ هذه السرطانات :

آ ــ بالانتقــال المباشــر :

١ ــ من سرطان عنق الرحم ويشكل هذا النوع (من ١٥ ــ ٢٠٪) من سرطانات المهبل الثانوية •

٢ ـ من سرطان الفـرج .

ب ـ بالانتقـال غير المباشـر :

١ ـ من سرطان جسم الرحم بالطريق الدموي أو بالطريق اللمفاوي ، ويحدث هذا الانتقال بشكل خاص بعد المداخلة الجراحية في حالات سرطان جسم الرحم ، ويتوضع في الثلث العلوي أو السفلي من المهبل على جداره الامامي (حذاء صماخ البول) .

٢ ـ من ورم مشيمي (كوريو ابتليوما) Chorionepitheliom ويسمى حالياً السرطان الكوريوني Chorion Karzinom ، ويكون على شكل عقيدات زرقاء محمرة تميل الى التقرح .

٣ ـ من ورم كظري Hypernephrom بالطريق الدموي .

ج ـ بالانتقال بانفتاح سرطان أحد الاعضاء المجاورة على المهبل (سـرطان المثانة ، سرطان الاحليل ، سرطان المستقيم) .

سرطان المهبل من الناحية النسجية : ان سرطانات المهبل البدئية تكاد تكون دائماً سرطانات النسيج الابتليالي المسطح Plattenepithel Karzinom ونادراً سرطانات غدية Adenokarcinom ، وهي سريعة الانتشار نحو الاعضاء المجاورة للمستقيم والمثانة ثم تنتقل بعدها الى الرحم والفرج ، كما أنها تنتقل بسرعة الى العقد اللمفاوية حيث تصاب العقد المغبنية والعقد الحوضية وذلك حسب توضع الآفة بالنسبة الى المهبل . هذا وبما أن سرطان المهبل كما ذكرنا يتوضع غالباً في الثلث العلوي منه فان الانتقال غالبا يكون في البدء الى العقد الحوضية ، أما في الحالات التي تتوضع فيها الآفة السرطانية في القسم السفلي من المهبل فان الانتقال يكون في البدء عندئذ الى العقد البلغمية المغبنية .

الاعـراض : تعتبر الضائعات المدماة اللزجـة أو المدماة المائيـة أو

الدموية الصرفة أو النزوف التي تحدث بالاحتكاك Kantaktblutung مثلا بعد الاتصال الجنسي ، من الاعراض الاولية لسرطان المهبل ، وبتقدم الآفة تظهر الآلام الحوضية ، وتتكون النواسير المثانية والمستقيمة ، ثم تظهر الاعراض المتأخرة وهي النحول (Kachexie (Cachexy ثم الانسمام بالبولة الدموية Uraemie .

التشخيص : تراجع النساء المصابات بسرطان المهبل في أغلب الاحيان في المراحل المتأخرة، بعد أن تصبح الآفة غير قابلة للشفاء Incurabel ، وكثيرا ما يكون الطبيب هو السبب في هذا التأخير لأنه لم يفكر جدياً باحتمال الاصابة السرطانية عند مريضة تشكو من نزوف أو ضائعات ، بل ينتظر شفاءها بتطبيق المعالجة الدوائية التي وضعها لها . لذلك ولكي لا يقع في مثل هذا الخطأ الفاحش ، يجب التفكير بامكانية وجود الآفة السرطانية في جميع حالات نزوف الجهاز التناسلي ، هذا ويتوجب على الطبيب الفاحص قبل كل شيء تعيين منشأ النزف قدر الامكان .

المبادىء الاساسية لكشف منشا النزف التناسلي :

١ ـ كل امرأة تشكو من نزوف تناسلية أو ضائعات يجب فحصها وبدون استثناء فحصاً نسائياً .

٢ ـ يبدأ في الفحص النسائي بفحص الفرج للتفتيش عن المناطق المشبوهة سرطانياً ، ثم بفحص المهبل ثم عنق الرحم ويستقصى بشكل خاص الجدار الخلفي للمهبل ، ويفتش في كافة أنحائه وفي عنق الرحم عن الآفات المشبوهة ، مثل العقد أو الارتشاحات أو التقرحات ، كما يفتش عن اللطخة البيضاء Leukoplakie في كافة مناطق جداري المهبل إذ يمكن لهذه اللطخة أن تكون منشأً للسرطانات المهبلية .

هذا ويتوجب أخذ خزعة وفحصها مجهرياً في كل الاشكال المشبوهة سرطانياً والمتوضعة على جداري المهبل .

٣ ــ اجراء المس المهبلي بهدف التعرف على المهبل وعنق الرحم وما يمكن أن يتوضع عليهما • بتطبيق هذه المبادىء الاساسية يمكن كشف كافة المناطق النازفة ابتداء من الفرج وانتهاء بعنق الرحم ، علماً بأنها تشكل ٨٠٪ من مجموع النزوف السرطانية التناسلية • أما اذا لم نجد منشأ النزف رغم تطبيق هذه المبادىء المذكورة ، عندئذ يمكن القول بأن منشأه إما من قناة عنق الرحم أو من باطن عنق الرحم ، لذا يجرى التجريف المجزأ أي تجريف باطن الرحم وتجريف قناة عنق الرحم كلاً على حدة ثم تفحص المادة المجرفة نسجياً لكليهما •

هذا وينصح عند فحص المهبل باجراء المس المهبلي والمس الشرجي في وقت واحد ، وذلك باستعمال سبابة اليد اليسرى لمس المهبل وسبابة اليد اليمنى لمس الشرج ، وبذلك يمكن التعرف بسهولة على العقد أو الارتشاحات المتوضعة على جداري المهبل من حيث مكانها واتساعها وانتشارها داخل الجدار ، وهل يتحرك عليها الغشاء المخاطي للمستقيم أم لا • والواقع أن المس الشرجي ضروري ، كما توجد فحوص أخرى ضرورية ينصح باجرائها ، مثل تنظير المثانة وتصوير الكلية والحالبين بالمادة الظليلة وتنظير المستقيم ومعايرة البولة الدموية كل ذلك الى جانب الفحوص الروتينية المعروفة أي فحص البول وتعداد الكريات البيض والصيغة الكروية وسرعة تثفل الدم •

الانـذار : يتعلق الانذار طبعاً بالمرحلة التي وصلت اليها الآفة السرطانية ، ويجب تعيين نوع المعالجة في نفس الوقت الذي نضع فيه الانذار ، علماً بأن سرطان المهبل وسرطان المبيض من أسوأ السرطانات التناسلية انذاراً والأسوأ بينهما هو سرطان المبيض •

معالجة سرطان المهبـل : تعتبر سرطانات المهبل البدئية من السرطانات التي تعطي فيها المعالجة الشعاعية أفضل النتائج ، لذا لم يعد يلجأ الى المعالجة الجراحية الا نادرا • هذا ولما كانت أغلب سرطانات المهبل من نوع سرطانات النسيج الابتليالي المسطح المعروفة بسرعة انتشارها ، فان المعالجة الجراحية

بشكل عام لن تؤدي الى نتائج مرضية (نسبة وفيات عالية ، نسبة شفاء غير مشجعة) •

تختلف الطرق الشعاعية المستعملة باختلاف كبر حجم الآفة واتساعها :

المعالجة الشعاعية المفضلة :

آ ــ المعالجة بالراديوم أو بالكوبالت ٦٠ (Tele - Cobalt 60) حيث تطبق الأشعة مباشرة على الجلد ، وتسمى المعالجة الشعاعية الماسة للجلد Kontakt - Perkutan Therapie ، ثم تتبع هذه المعالجة حسب توضع الآفة بالنسبة للمهبل (أي في القسم العلوي منه أو في القسم السفلي) بتطبيق المعالجة بأشعة رونتجن على العقد البلغمية الحوضية أو العقد البلغمية المغبنية •

ب ــ أما اذا توضعت الآفة توضعاً مناسباً Günstige lokalisation ويعني ذلك توضعها في القسم السفلي من المهبل مع صغر حجمها ، فيمكن عندئذ استعمال الطريقة التالية وهي :

زرع أبر ذهبية أو تطبيق صفيحات ذهبية (وذلك حسب شكل الآفة) ذات قوة مشعة Radioaktiv ، ويجري تطبيق هذه المعالجة بواسطة أجهزة خاصة بها •

الباب الرابع

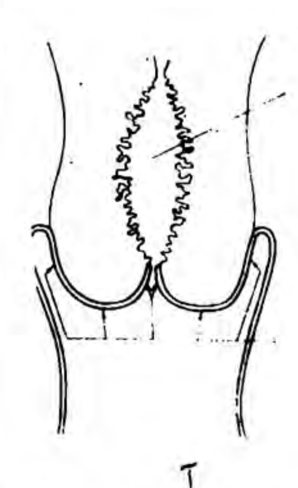
عنــق الرحــم

ZERVIX
CERVIX

ملاحظات عامة حول النســج الابتليالية الموجـودة على ســطح العنــق وداخل العنــق :

يبلغ طول عنق الرحم ٣ سم تقريباً ، تستر قسمه المهبلي أي القسم الحر البارز في المهبل Portio طبقة غير متقرنة من النسيج الابتليالي المســطح المهبلي . أما قناة العنق فتفرشها طبقة مــن الغشاء المخاطي يبلــغ سمكها (٢ ــ ٥ مم) ، تتألف من صف واحد من الخلايا الاسطوانية ذات نواة قاعدية تفرز مخاطاً تختلف كميته باختلاف المرحلة التي تمر بها الدورة الطمثية . يتثنى الغشاء المخاطي لباطن العنق داخل جدار قناة العنق ليشكل غددا يبلغ طول الغدة (١ ــ ٢ مم) ، لذا يمكن تسمية نسيج باطن العنق بالنسيج الابتليالي الغدي Drüsenepithel .

اذن من المهم أن نعلم أن النسيج الابتليالي لعنــق الرحم يتألف من نوعين متمايزين من النسيج ، هما النسيج الابتليالي المسطح Plattenepithel والنسيج الابتليالي الاسطواني Zilenderpithel وسوف نتكلم عنهما باسهاب . لقد أطلق على سطح القسم المهبلي لعنق الرحم اسم ظاهر العنق Ektozervix وعلى قناة العنق اسم باطن العنق Endozervix ، وتعتبر الفوهة الظاهرة لعنق الرحم الحد الفاصل بينهما .



آ



ب

الشكل (٢٤)

آ ــ القسم المهبلي لعنق الرحم اي القسم البارز في المهبل Portio سطحه الظاهر Ektozervix وسطحه الباطن او قناة العنق Endozervix .

ب ــ الغشاء المخاطي لعنق الرحم (سطحه الظاهر يتألف من نسيج ابتليالي يتكون من خلايا مسطحة تؤلف عدة طبقات) .
(سطحه الباطن يتألف من نسيج ابتليالي يتكون من صف واحد من الخلايا الاسطوانية ذات نواة قاعدية . يتثني هذا الغشاء المخاطي ليشكل الغدد التي تفرش قناة العنق

تبدلات الغشاء المخاطي حول الفوهة الظاهرة أو الخارجية لعنق الرحم حسب سن المراة :

كان يعتقد في الماضي أن النسيج الابتليالي المسطح للقسم المهبلي من عنق الرحم يتصل مع الغشاء المخاطي لباطن العنق عند الفوهة الظاهرة، وبذلك تشكل الفوهة الظاهرة الحد الفاصل بين النسيج الابتليالي المسطح والنسيج الابتليالي الاسطواني لعنق الرحم ، إلا أنه أصبح من المعلوم لدينا اليوم أن هذه العلاقة بين النسيج الابتليالي المسطح والنسيج الابتليالي الاسطواني

تتبدل حسب سن المريضة وان ما كان يعتقد سابقا حسب ما وصفناه ينطبق فقط على الفتيات والنساء الشابات • أما بالنسبة للفتيات الصغيرات والنساء المتقدمات بالسن فاننا نجد أن النسيج الابتليالي المسطح لا يستر فقط القسم المهبلي لعنق الرحم ، بل يفرش أيضا القسم السفلي لقناة باطن العنق • ولكن بالنسبة للنساء اللواتي هن في سن النشاط التناسلي ، فاننا نجد في أغلب الحالات أن جزءاً كبيراً من القسم المهبلي لعنق الرحم يكون مستورا بجزء من الغشاء المخاطي لباطن العنق ، الذي يشكل بقعة حمراء دائرية تحيط بالفوهة الظاهرة لعنق الرحم • واذا ما فحصنا هذه البقعة الحمراء بالمنظار المهبلي المكبر Kolposkop (Colposcope) فاننا نجدها عبارة عن جزء من النسيج الابتليالي الاسطواني لباطن العنق وقد امتد وتوضع حول الفوهة الظاهرة • أما بالنسبة للنساء اللواتي هن في فترة ما بعد النشاط التناسلي ، فاننا نجد أن النسيج الابتليالي الاسطواني الذي كان متوضعاً حول الفوهة الظاهرة قد عاد من جديد الى باطن عنق الرحم ، لذلك يبدو القسم الظاهر لعنق الرحم وقد انستر من جديد بالنسيج الابتليالي المسطح • هذا ويعتبر امتداد النسيج الابتليالي المسطح للقسم الظاهر لعنق الرحم الى داخل قناة العنق علامة واسمة من علامات الشيخوخة •

وبالاختصار يمكن القول أن النسيج الابتليالي الاسطواني لباطن العنق مع تقدم السن ، سوف ينتقل من باطن العنق (عند البنات الصغيرات) الى القسم الظاهر للعنق (في سن النشاط التناسلي) ، ثم يعود الى باطن العنق (بعد سن النشاط التناسلي وفي الشيخوخة) •

أما توضيح هذه التنقلات الخلوية حسب مدرسة كاوفمان Kaufmann فتقوم على تبدلات نسجية تصيب عنق الرحم ، حيث تتعرض المرأة في سن النشاط التناسلي الى شتر Umstülpen يصيب القسم السفلي للغشاء المخاطي لباطن العنق ، بحيث يمتد الى خارج قناة العنق ليستر سطح القسم الظاهر لعنق الرحم Portio ، وبذلك يصبح هذا القسم من العنق مستورا بنسيج

ابتليالي أسطواني قد هاجر من مكانه الطبيعي الذي يقع داخل القناة • ولكن عندما تنتهي فترة النشاط التناسلي للمرأة ، سوف يعود هذا النسيج الابتليالي من جديد الى داخل قناة العنق، ثم لايلبث أن يمتد النسيج الابتليالي المسطح لينتقل من مكانه الطبيعي على السطح الظاهر لعنق الرحم الى داخل قناة العنق أيضا • لهذا فاننا لن نجد عند النساء المتقدمات بالسن سطح القسم الظاهر لعنق الرحم فقط مستوراً بالنسيج الابتليالي المسطح ، بل سوف نجد هذا النسيج قد فرش باطن قناة العنق أيضاً بنسبة قد تزيد أو تنقص • هذا وتتعلق كافة التبدلات النسجية المذكورة بالدرجة الاولى بوظيفة المبيض أي بسن المرأة ، كما أن لنتائج هذه التبدلات النسجية دوراً مهماً من الناحية العملية وبخاصة بالنسبة للتشخيص المبكر لسرطان عنق الرحم •

ان من المعروف أن النسيج الابتليالي المسطح سوف يسعى الى ستر النسيج الابتليالي الهاجر من باطن قناة العنق أي النسيج الابتليالي الاسطواني، وتسمى هذه العملية عملية ستر (أو سقف) النسيج الابتلياني الاسطواني من قبل النسيج الابتليالي المسطح ، ويعتقد أن سبب ذلك يعود الى أن النسيج الاسطواني يتأثر بكافة العوامل الخارجية ، لذا فانه يحتاج الى الحماية من تلك العوامل ، ويقوم ذلك على ستره بطبقة من النسيج الابتليالي المسطح • توضح لنا هذه العملية سبب ظهور النسيج الابتليالي غير الوصفي أو المرضي على عنق الرحم ، كما تعلل لنا كيفية نشوء النسيج الابتليالي السرطاني لظاهر العنق ، أما عن كيفية نشوء هذه الطبقة الساترة من النسيج الابتليالي المسطح فهناك احتمالان :

١ ــ تنشأ من حافة النسيج الابتليالي المسطح المجاور •

٢ ــ تنشأ من نفس المكان الذي تظهر فيه ، أي حدوث مايسمى بالتنسج الابتليالي المسطح غير المباشر **Indirekte Metaplasie** .

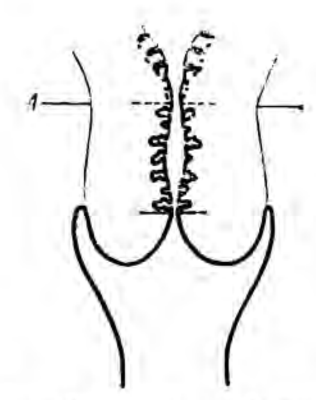
يعتقد بعض المؤلفين أن نشوء النسيج الابتليالي المسطح من القسم المجاور لا يشكل إلا جزءً ضئيلاً من الطبقة التي سوف تستر النسيج

الابتليالي الاسطواني ، والاغلب أنها تنشـأ مـن داخل النسيج الابتليالي الاسطواني بالذات بطريقة ما يسمى بالتنسج غير المباشر • يعني ذلك أن الخلايا التي سوف يتكون منها النسيج الابتليالي المسطح ، تتوضع تحت طبقة النسيج الابتليالي الاسطواني ، وهي عبارة عـن خلايـا مكعبة يعتبرها (شتودارد Stodard) بمثابة خلايا احتياطية سوف تتطور وتنمو لينشأ عنها النسيج الابتليالي المسطح الذي سوف يستر النسيج الابتليالي الاسطواني ، ويطلق على هذا التطور القدرة المتعددة للنسيج الابتليالي لأقنيـة موللر Pluripotenz des Müllerschen Gangepithels .

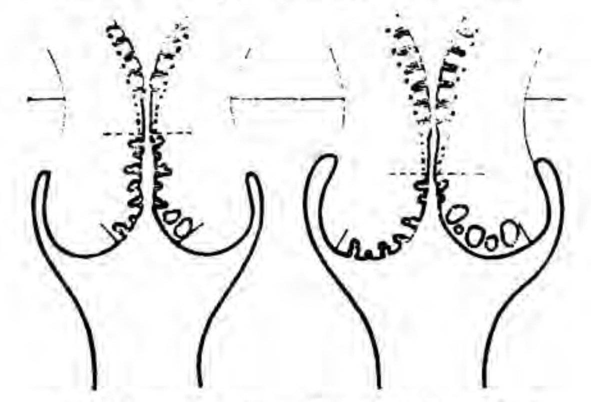
لقد أطلق اسم منطقة التحول Umwandlungszone على المنطقة التي يستر فيها النسيج الابتليالي المسطح النسيج الابتليالي الاسطواني ، والتي تشاهد بوضوح بالمنظار المهبلي المكبر • ان لهذه المعرفة أهمية كبيرة في الحياة العملية ، إذ أن أغلب حالات سرطان العنق (٩٠٪) تنشأ من هذه المنطقة بالذات أي من منطقة التحول المذكورة •

اذن يعتبر النسيج الابتليالي المسطح الذي يستر النسيج الابتليالي الاسطواني أي غدد عنق الرحم ، بمثابة الارضية الصالحة لنشوء النسيج الابتليالي غير الوصفي ، وبالتالي النسيج الابتليالي السرطاني لعنق الرحم •

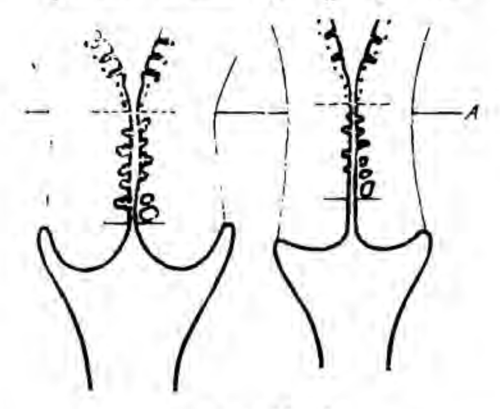
نستنتج من هذا كله ، أن الارضية الصالحة لتكون النسيج الابتليالي السرطاني في سن النشاط التناسلي، تتوضع على ظاهر عنق الرحم، أما في نهاية الحياة التناسلية ، فانها تتوضع في باطن عنق الرحم نتيجة لتوضع النسيج الابتليالي المسطح داخل قناة العنق حسبما شرحنا آنفاً •



الشكل (٢٥) العلاقة بين النسيج الابتليالي المسطح
والنسيج الابتليالي الاسطواني عند فتاة شابة



الشكل (٢٦) العلاقة بين النسيجين المذكورين
عند امرأة في سن النشاط التناسلي



الشكل (٢٧)

آ ـ العلاقة بين النسيجين الابتلياليين في فترة ما بعد انقطاع الطمث .
ب ـ العلاقة بين النسيجين الابتلياليين في دور الشيخوخة والطفولة .

البقعة الحمـراء : او ما يسمى بالإئتكال او الإئتكال الكاذب للقسـم المهبلي لعنـق الرحم : Roter Fleck = Erythroplakie = Erosion = pseudoerosion der portio

يجد الفاحص بعد وضع منظار المهبل Spekulum عند أغلب النساء ، منطقة محمرة اللون ، مخملية المنظر ، تحيط بالفوهة الظاهرة لعنق الرحم ، أطلق عليها اسم البقعة الحمراء •

لقد كانت تسمى خطأ الائتكال Erosion وهي كلمة لاتينية تعني الائتكال السطحي للجلد ، وقد أصبح من المعروف أن هذا المنظر الذي قد يزيد أو ينقص والذي نسميه ائتكالا ، ليس ائتكالا بالمعنى الصحيح ، بل هو تبدل نسجي يحيط بالفوهة الظاهرة لعنق الرحم ، لذلك وعلى هذا الاساس استعمل مايـر R. Mayer التعبير : الائتكال الكـاذب Pseudoerosion إلا أن نافراتيل Navratil كان أقرب الى الصواب حينما أطلق عليها اسم البقعة الحمراء Erythroplakie ، حيث لا تدل هذه التسمية الا على المنظر فقط ، دون التعرض الى الناحية النسجية التي يمكن ارجاعها نسجياً الى خمسة أسباب :

١ ــ (وهو الاغلب) يمكن أن تكون عبارة عن هجرة للنسيج المخاطي لباطن عنق الرحم Ektopionierte Zervixschleimhaut (Ectopia) حيـث يتوضع حراً على سطح القسم المهبلي لعنق الرحم حول الفوهة الظاهرة ، أو أن يكون مستوراً بالنسيج الابتليالي المسطح ، فتتكون عند ذلك منطقة دعيت منطقة التحول Umwandlungszone كما ذكر سابقا •

٢ ــ (وهو الأهم) يمكن أن تكون سرطاناً إما في المرحلة السريرية أو في المرحلة ما قبل السريرية •

٣ ــ يمكن أن تكون التهاباً •

٤ ــ (وهو نادر) يمكن أن تكون عبارة عن ضياع مادة حقيقية أي هي ائتكال حقيقي فعلا •

٥ ـ يمكن أن تكون تشاركاً ما بين السبب الاول والسبب الرابع .



الشكل (٢٨) البقعة الحمراء التي تسمى خطأ الإنتكال

السبب الاول : أي البقعة الحمـراء عبارة عـن الغشاء المخـاطي لباطن عنق الرحم :

علينا قبل كل شيء أن نؤكد بوضوح على أن توضع الغشاء المخاطي لباطن العنق على القسم السطحي لعنق الرحم ليس حالة مرضية ، بل هي حالة فيزيولوجية توافق مرحلة النشاط التناسلي وقد مر معنا ذلك . إلا أن هذا التوضع المذكور يمكنه أن يتجاوز الحدود الطبيعية ، أو أن طبقة النسيج الابتيالي المسطح التي تستر النسيج الابتيالي الاسطواني الهاجر غير كافية ، إذ يمكن في هاتين الحالتين أن تزداد المفرزات المخاطية لعنق الرحم ذات التفاعل القلوي ، مما سوف يؤدي الى اضطراب الوسط الحامضي في المهبل ، وبالتالي الى اضطراب قدرة المهبل الدفاعية تجاه الجراثيم حيث ينجم عن ذلك التهاب المهبل والضائعات المهبلية .

المعالجـة : تتوجب المعالجة فقط عند حدوث الالتهاب المهبلي المذكور والضائعات المهبلية، وتستهدف اعادة ستر القسم المهبلي لعنق الرحم حتى حدود فوهته الظاهرة بالخلايا الابتيالية المسطحة من جديد ويمكن التوصل الى هذا الهدف بطريقتين :

آ ـ طريقة الكي الكيمياوي Chemische Aetzung وتستعمل عند وجود التبدلات غير الواسعة .

ب ـ طريقة التخثير الكهربائي أو الكي الكهربائي Elektrokoagulation (Kauterisation) وتستعمل عند وجود التبدلات الواسعة •

> ملاحظة : يجب قبل تطبيق أية معالجة (كي ، تخثير) تشخيص التبدلات النسجية الطارئة على عنق الرحم ، علما بأنه لا يكفي اللجوء فقط الى الفحص بمنظار المهبل المكبر ، بل يجب اجراء الفحص الخلوي •

يفضل بشكل عام استعمال التخثير الكهربائي على الكي الكيمياوي • أما اذا لم تشف البقعة الحمراء بعد مرور (٣ ـ ٤) أسابيع على تطبيق المعالجة ، يجب عندئذ الاشتباه بكون الآفة سرطانية مما يستوجب اجراء الفحوص الضرورية لتأكيد الاشتباه أو نفيه •

السبب الثاني : أي البقعة الحمراء عبارة عن آفة سرطانية :

لقد أثبتت الفحوص الحديثة النتائج التالية :

آ ـ من بين كل (٥٠) حالة من حالات البقعة الحمراء نوجد آفة سرطانية •

ب ـ حسب احصائيات أخرى لقد كشفت بعد الفحص المجهري وبالمنظار المهبلي المكبر والفحص الخلوي (٥) حالات سرطانية من بين (١٥٠) حالة من حالات البقعة الحمراء أي بنسبة ٣ر٣٪ •

نستنتج من ذلك كله أن كل بقعة حمراء متوضعة على عنق الرحم مشتبه بها سرطانياً ويجب فحصها لوضع التشخيص الصحيح ، والطرق الروتينية المستعملة لذلك هي :

١ ـ الفحص الخلوي •

٢ ـ الفحص بالمنظار المهبلي المكبر مع تطبيق طريقة كروباك في سبر المنطقة المشتبه بها Chrobaksonde •

٣ ـ طريقة شيللر في اختبار اليود Schillersche Iodprobe .

والطريقة السهلة بالنسبة للفحص في العيادة بهدف التأكد من وجود أو عدم وجود آفة خبيثة مختبئة خلف البقعة الحمراء ، تقوم على فحصها بالعين المجردة بعد وضع منظار المهبل Spekulum ، ثم أخذ لطاخة وفحصها خلوياً ثم تطبيق طريقة كروباك في سبر المنطقة المشتبه بها ، ثم المس المهبلي المشروك بالجس البطني ، بهذه الطرق مشتركة مع بعضها يمكننا كشف الآفة السرطانية في المرحلتين السريرية وما قبل السريرية •

السبب الثالث : أي البقعة الحمراء عبارة عن آفة التهابية :

إذا كانت البقعة الحمراء عبارة عن آفة التهابية أصابت النسيج الابتليالي لظاهر عنق الرحم ، فان ذلك يعني أن قسماً من النسيج الابتليالي المسطح المحيط بالفوهة الظاهرة للعنق قد إئتكل، مما أدى الى تعري منطقة من نسيجها الابتليالي ، وهذا يؤدي الى تكون جرح حلقي الشكل ، وبالتالي الى التهاب ثانوي نتيجة لفقدان النسيج الابتليالي ، أي الى حدوث التهاب لمنطقة مصابة بائتكال حقيقي (Erosio-vera) تبدو بلون أحمر لايختلف عن البقعة الحمراء ، وينجم هذا اللون عن الأوعية الدموية الكثيرة العدد المتوضعة في المنطقة الملتهبة • هذا ويمكن للنسيج الابتليالي الاسطواني الهاجر من الغشاء المخاطي لباطن العنق ، أن يلتهب ويصاب بالتالي بائتكال حقيقي •

السبب الرابع : البقعة الحمراء عبارة عن ضياع مادة أي ائتكال حقيقي Erosio - Vera وهي حالة نادرة وتشاهد في الجروح والالتهابات ، كما تشاهد أيضا في سرطانات العنق بعد انقذاف النسيج المتسرطن •

التهـاب باطن العنق أو التهـاب العنق النزلي :
: Endometritis Cervicis = Zervixkatarrh

يعتبر التهاب عنق الرحم النزلي من الأمراض الكثيرة الحدوث ، وهو في أكثر الاحيان مرض مزمن معند ينكس بسهولة •

الاسـباب : يحدث هذا الالتهاب نتيجة لانتقال العدوى من التهاب مهبلي غالباً بالمكورات البنيـة ونادراً بالمكورات العنقوديـة أو العقدية أو الجراثيم الكولونية• تحدث الاصابة علىالاغلب في فترة النفاس، حيث تشكل تمزقات العنق بابا لدخول الجراثيم مما يؤدي الى التهاب الغشاء المخـاطي لباطن العنق المزمن الذي لا يشفى عفوياً ، والذي يمكن أن يؤدي الى التهاب ما حول الرحم Parametritis ، حيث تتكون بعد الشفاء ندبة على شكل حبل يمتد من منطقة التمزق الى النسيج ما حول الرحم يمكن الشعور به بسهولة أثناء المس المهبلي •

يمكن لالتهاب عنق الرحم وندبة النسيج ما حول الرحم أن يمارسا دوراً منبهاً دائماً لكافة العضلات الملس الموجودة في الحوض ، مما يؤدي الى حدوث آلام تشنجية ناجمة عن تقلصات العضلات المذكورة تسمى تشنج ما حول الرحـم •

الاعـراض : تتجلى الاعراض بازدياد مفرزات العنق المخاطية، وتتناسب شدة ازدياد المفرزات مع حالة الالتهاب ، وقد اثبتت التجربة أنه بعد شفاء هذا الالتهاب يمكن أن يعاود بشكل خفيف بعد نهاية الطمث •

قد لايهتم الطبيب المبتدىء بمعالجة التهاب العنق النزلي القيحي وهذا خطأ ، اذ يمكن لهـذا الالتهاب أن يؤدي الى انتقال الانتان الى كافـة الاتجاهات :

١ ــ نحو الاعلى : يؤدي الى التهاب باطن الرحـم ثم التهـاب البوقين ثم التهاب البريتوان الحوضي •

٢ ـ نحو الجانبين (وهو نادر يؤدي الى التهاب ما حول الرحم) •

٣ ـ نحو الاسفل يؤدي الى التهاب المهبل •

إذاً يمكن لالتهاب الغشاء المخاطي لباطن العنق أن يكون سبباً في التهاب كافة الاعضاء التناسلية ، لذا يعتبر عنق الرحم السليم شرطاً مسبقاً لسلامة الاعضاء التناسلية •

التشخيص : يوضح التشخيص بأخذ لطاخة وتحري الجراثيم عليها ، وأخذ لطاخة أخرى وفحصها خلوياً •

المعالجة : اذا كان التهاب الغشاء المخاطي لباطن العنق بالمكورات البنية فالمعالجة تكون بالبنسلين أو بمركبات كلورامفينيكول أما اذا نفيت المكورات البنية فتكون المعالجة موضعية كما يلي :

آ ـ بالكي بالمركبات الكيمياوية •

ب ـ بالتخثير الكهربائي •

تمزقات عنق الرحم لـ ايميت : **Emmetsche Risse**
Emmet's Rupture of cervix

تتكون تمزقات ايميت نتيجة لتمزقات العنق الصغيرة التي تحدث أثناء الولادة والتي تترك دون خياطة ، أو تتكون نتيجة لتمزقات كبيرة أجريت لها خياطة خاطئة ، أو أنها خيطت جيداً لكنها اندملت اندمالاً سيئاً •

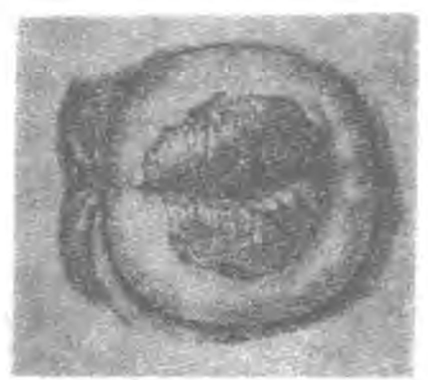
لا تلبث جميع هذه التمزقات أن تشفى في المستقبل بعد أن تترك ندبة واضحة باللمس أكثر منها بالنظر ، حيث تسمى عندئذ تمزقات ايميت • تنجم غالباً عن تمزقات ايميت الكبيرة ، ندبة كالحبل تصل الى نسيج ما حول الرحم ، يشعر بها جيدا بالمس المهبلي ، كما يمكن أن تكون مؤلمة أثناء هذا المس •



الشكل (٢٩) تمزق ايميت

تسحجات العنق المنشتر Lazerationsektropium :

يمكن في بعض الحالات لتمزقات ايميت المتندبة أن تؤدي الى شتر الغشاء المخاطي لعنق الرحم ، اذ تصبح الفوهة الظاهرة مفتوحة لايلبث الغشاء المخاطي لباطن العنق أن يجتازها ليصبح ظاهراً في المهبل ، حيث يؤدي ذلك الى نتائج ثلاث :



الشكل (٣٠) تسحجات العنق المنشتر

١ ــ يقع الغشاء المخاطي لباطن العنق تحت تأثير مستمر من وسط المهبل الحامضي مما يؤدي الى زيادة مفرزات العنق ذات التفاعل القلوي .

٢ ــ يؤدي انفتاح العنق المستمر الى صعود الجراثيم من المهبل الى داخل العنق ، وبالتالي الى حدوث التهاب الغشاء المخاطي لباطن العنق المترافق

بضائعات قيحية • كما يمكن للمرأة أن تشكو من نزوف تحدث بعد الجماع نتيجة لوجود الغشاء المخاطي لباطن العنق حراً في المهبل •

٣ ـ وهو الاهم ، امكانية تكون الآفات السرطانية على التسحجات التي تصيب الغشاء المخاطي المنشتر وان كان ذلك نادرا ، حيث توجد حسب احصائيات ميكوليتش Mikulicz آفة سرطانية واحدة في كل ٩٪ من حالات تمزقات ايميت •

المعالجة : لهذه الاسباب تستوجب كافة تسحجات العنق الكبيرة للغشاء المنشتر المعالجة الجراحية التي تقوم على تصنيع المكان المصاب ، مع فحص القسم المستأصل نسجيا للتأكد من عدم وجود خلايا سرطانية فيه •

فرط تصنع الغشاء المخاطي لباطن العنق المحدد أو مرجلات العنق :
Umschriebene Hyperplasien der Zervixschleimhaut
Zervixpolypen (Cervical polyps)

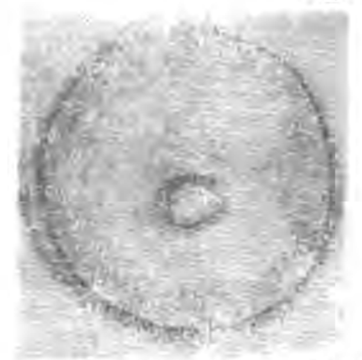
تعتبر مرجلات عنق الرحم في أغلب الحالات أوراماً (فرط تصنع Hyperplasie) سليمة ناشئة من الغشاء المخاطي لباطن العنق • وهي تشبه من حيث بناؤها وتكونها مرجلات جسم الرحم ، ويتراوح حجمها عادة بين حجم حبة البازاليا وحبة الفاصوليا ، يمكن رؤيتها بالعين المجردة بوضوح إذا كانت متوضعة بين شفتي العنق أو مدلاة بينهما ، وتقدر نسبة حدوثها بثلاثة أضعاف نسبة حدوث مرجلات جسم الرحم •

الاعـراض :

١ ـ النزوف . وهي نزوف غير دورية تبدو خاصة على شكل مشح دموية Schmierblutungen أو ضائعات مدماة تنجم عن احتكاك الغشاء المخاطي الساتر للمرجل (أثناء المشي ، الاتصال الجنسي ، الفحص النسائي)•

٢ ـ ازدياد مفرزات العنق، التي تبدو على شكل ضائعات مخاطية تخرج من فوهة العنق ، وتعود أسباب هذه الضائعات الى تدلي المرجل من قناة العنق

بحيث تبقى الفوهه الظاهرة مفتوحه دائما ، مما يؤدي الى اضطراب الوسط الحامضي في المهبل نتيجة لضائعات العنق القلوية ، وهذا بدوره يزيد في تشكل الضائعات المخاطية للمهبل الذي يصبح عرضة للاصابة بالاتتان ، وبالتالي انتقال هذا الاتتان الى باطن العنق وحدوث التهاب الغشاء المخاطي لباطن العنــق .



الشكل (٣١) مرجل صغير يبدو من الفوهة الظاهرة لعنق الرحم



الشكل (٣٢) مرجل كبير يتدلى من الفوهة الظاهرة لعنق الرحـم

ملاحظـة : في الحالات التي تكون فيها ضائعات عنق الرحم معندة على المعالجة ، يجب أن يفكر بأنها قد تكون ناجمة عن مرجل في العنق ، الا أنه لم يظهر بعد من بين شفتي العنق .

المعالجـة : يمنع منعا باتا قطع مرجلعنق الرحم(بالمشرط أو بالمقص) في العيادة، اذ لا يمكن التأكد من معرفة مقدار ارتفاع قاعدةالذنب التي يرتكز عليها المرجل ، حيث يمكن أن يؤدي هذا القطع الى نزف شديد يربك الطبيب. اذا تقوم المعالجة على استئصال المرجل وذلك بالتقاطـه بملقط خاص وفتله باستمرار باتجاه واحـد حتى ينفصل ، ثم يعقب ذلك تجريف كامل لجسم الرحم وعنقه وارسال المواد المجرفة مع المرجل للفحص النسجي . لذلك يعتبر الاكتفاء باستئصال المرجل دون تجريف الرحم من الاخطاء الكبيرة اذ يغلب حسب رأي هوبر « Huber » أن تكون مرجلات عنق الرحم وجسم الرحم وبخاصة في فترة ما بعد انقطاع الطمث ، مشاركة لاورام خبيثة في الجهاز

التناسلي • لذلك يتوجب اجراء الفحص النسجي كما ذكرنا رغم علمنا بأن المرجلات في أغلب الأحيان هي أورام سليمة • هذا وتعتبر المرجلات السرطانية البدئية من الحالات النادرة •

الورم العضلي لعنــق الرحــم Cervixmyom :

ينشأ الورم العضلي لعنق الرحم من نسيج العنق العضلي ، فاذا نشأ من الجدار الامامي لعنق الرحم ، ويغلب أن لا يزيد حجمه بشكل عام عن حجم قبضة اليد ، فانه يدفع المثانة نحو الاعلى مؤدياً الى اضطرابات بولية • هذا ويجب الحذر عند استئصال أورام العنق العضلية الجانبية ، لانها قد تدفع الحالب والاوعية الدموية الرحمية الى موضع غير موضعها الطبيعي وسوف تتعرض لهذا الموضوع في بحث أورام الرحم السليمة •

الاورام الخبيثة لعنــق الرحــم : Boesartigetumoren der Zerrix Malignant tumors of the cervix

لقد اتفق دولياً على تسمية الأورام الخبيثة للنسيج الابتليالي لعنق الرحم اسم سرطان عنق الرحم • Zervixkarcinom (Capcinoma of the cervix)

يعتبر سرطان العنق من السرطانات القليلة التي يعتقد أنه يمكن النجاح في مكافحتها في المستقبل القريب •

وفرتها : يشكل سرطان عنق الرحــم أكبر نسبة بين سرطانات الجهاز التناسلي عند المرأة ، اذ يبلغ حســب كافة الاحصائيات ٣/٤ مجموع هــذه السرطانات ، ويبين الجدول التالي النسب التقريبية لكافة أنواع السرطانات عند المرأة :

آ ــ سرطان عنق الرحم يبلغ ٦٥ ــ ٨٠٪ أي ما يعادل ٣/٤ •
ب ــ سرطان جسم الرحم يبلغ ١٥ ــ ٢٥٪ •
حـ ــ سرطان المبيض والبوقين يبلغ ١٠٪ •
د ــ سرطان المهبل يبلغ ٣٪ •

هـ ــ سرطان الفرج يبلغ ٣ ــ ٤٪ •

حسب بعض الإحصائيات تصاب من بين كل (٢٥) امرأة ، امرأةواحدة بسرطان عنق الرحم ، وتعتبر السن التي تكون فيها الاصابة في ذروتها بين (٣٥ ــ ٥٠) سنة من العمر •

التشخيص المبكر لسرطان عنق الرحم :
Frühdiagnostik des Zervixkarzinom
Early diagnosis of the cervical cancer

ان الواجب الملقى على عاتق الأطباء النسائيين ليس فقط معالجة الحالات السرطانية ، وانما بالدرجة الاولى تفادي حدوثها • يكافح الاطباء منذ عشرات السنين عدو المرأة رقم (١) ونعني به سرطان عنق الرحم أكثر سرطانات الجهاز التناسلي للمرأة حدوثاً، ويستهدف هذا الكفاح الوصول الى التشخيص المبكر له الذي يلعب الدور الأساسي في شفائه • لقد تميزت في الماضي بهدف وضع التشخيص المبكر لسرطان عنق الرحم مرحلتان :

المرحلة الاولى : تبد منذ قرن تقريباً حتى نهاية الاربعينات، وكان الهدف أثناء ذلك معرفة الاعراض الاولى لسرطان العنــق ، لذلك وحسب أعمال (فينتر ، ميكوليتش (Winter , Mikulicz) التي نبهت النساء الى العلامات الأولى التي يمكن للمرأة أن تلاحظها لتستدل بنفسها على احتمال اصابتهـا بسرطان عنق الرحم، والتي تتلخص بالضائعات المدماة، والنزوف غير الوصفية، ونزوف الاحتكاك التي تحدث بالجماع أو باللمس أو ما شابه، والمشح الدموية، لذلك يطلب من النساء عموما مراجعة الطبيب الاختصاصي بمجرد ظهور هذه العلامات أو بعضها • الا أنــه في الواقع لاتشكل هــذه العلامات الأعراض المبكرة لسرطان عنق الرحم ، وبمعنى آخر لا تشاهد هذه العلامات الا بعد حدوث ضياع مادي لنسيج عنق الرحم ، أي بعد أن يكون السرطان قد انتشر كثيراً أو قليلاً إلى داخل نسيج عنق الرحم ، لذا فان النزوف في هذه الأحوال تكاد لا تنجم إلا عن سرطان عنق الرحم المتقدم • نستنتج مما ذكر عدم وجود

أعراض مبكرة لسرطان عنق الرحم ، لذلك فان المرأة لاتراجع الطبيب إلا في حالة متأخرة من الاصابة وفي كثير من الاحيان في حالة متأخرة جداً •

إذاً تعتبر الأعراض المبكرة التي تنبه المرأة إلى الإصابة بهذه الآفة معـدومـة •

المرحلة الثانية : تبدأ مع بداية عام ١٩٤٧ وتقوم على المعلومات التالية:

رغم انعدام الأعراض المبكرة الشخصيـة التي تدل على سرطان عنـق الرحم ، فان هناك علامات موضوعية يمكن تشخيصها واعتبارها بمثابة علامات مبكرة لسرطان عنق الرحم ، وهي وجود خلايا غير وصفية متوضعة في مكان محدد مـن النسـيج الابتلياني للقسـم السـطحي لظاهـر العنق أو في قناة العنق ، وهذا ما يسـمى بالسرطان في المكـان أو السرطان السطحي Oberflaechenkarzinom = Carcinoma in Situ الذي يعني بوضوح أنه سوف ينشأ عنه سرطان اجتياحي سوف نتكلم عنه •

لقد أصبح من المعلوم حالياً أن أهمية التشخيص المبكر تتجلى في تشخيص التبدلات النسجية لعنق الرحم في درجاتها الاولى ، أو على الاقل عندما تكون هذه التبدلات لاتزال محدودة لم تتعد النسيج الابتلياني ويعني ذلك :

آ ــ قبل أن ينتشر السرطان إلى النسيج الضام ذي التوعية الكثيرة •

ب ــ قبل ظهور أية أعراض تلاحظها المرأة •

جـ ــ قبل أن ينتشر السرطان إلى النسج المجاورة للعنق •

علما بأننا نعتبر تشخيصنا ناجحاً حتى إذا لم نحقق الأهداف المذكورة تماماً ، الا أننا نكون قد شخصنا السرطان رغم تأخرنا في مرحلة مبكرة نسبياً ، أي أن انتشاره لايزال محدوداً •

اذا فالهدف من التشخيص المبكر لسرطان عنق الرحم، هو كشفه في مرحلة ما قبل الاجتياح ، أي في الحالة التي أطلقنا عليها اسم السرطان في المكان Carcinoma in Situ أو السرطان السطحي Oberflaechenkarzinom أو كشفه في مرحلة بداية الاجتياح •

يعتبر الكشف المبكر باستعمال طرق خاصة (التنظير المهبلي المكبر والفحص الخلوي) نقطة تحول في مكافحة سرطان عنق الرحم ، حيث أصبح ممكناً بواسطة هذه الطرق تشخيص سرطان العنق في مرحلة ما قبل الاجتياح، إلا أن استعمال هذه الطرق يحتاج إلى طبيب ذي خبرة كافية •

تكون المرأة في هذه المرحلة بعيدة عن كل فكرة تدل على هذه الاصابة لانعدام الاعراض التي توجهها نحوها • لذا وعلى هذا الاساس تقوم مكافحة سرطان العنق حاليا على اجراء فحص دوري سنوياً لعنق الرحم عند المرأة بالطرق التي ذكرناها ، وبذلك أصبح سرطان العنق مرضا يمكن تفاديه • لذلك وللوصول الى التشخيص المبكر لسرطان عنق الرحم قسمت سرطانات العنق إلى مجموعتين رئيسيتين :

المجموعة الاولى : وقد اطلق عليها اسم الحالات المبكرة أو السرطانات ما قبل السريرية •

المجموعة الثانية : وقد اطلق عليها اسم السرطانات السريرية •

كما قسمت الحالات المبكرة أو ما قبل السريرية الى مجموعتين كبيرتين أيضا : الفئة الاولى وأطلق عليها اسم السرطان في المكان أو السرطان السطحي وسنراه مفصلا ، الفئة الثانية واطلق عليها اسم السرطان الاجتياحي المبكر أو السرطان في بدء الاجتياح والمحدد وسنراه مفصلا •

تتفق هاتان المجموعتان في كونهما تعتبران أبكر حالات سرطان العنق التي يمكننا مشاهدتها ، وفي عدم امكان تشخيصهما بالنظر أو بالمس بل

بالتنظير المهبلي المكبر والفحص الخلوي فقط • أما اختلاف هاتين الفئتين عن بعضهما البعض فيكمن في كون الفئة الاولى أي السرطان في المكان ، تبدي خلاياها جميع خواص سرطان الخلايا الابتليالية المسطحة، الا أن صفة الاجتياح مفقودة ، بينما تشاهد صفة الاجتياح هذه في الفئة الثانية رغم ضآلتها •

أما سرطانات العنق السريرية أي السرطانات التي يمكن تشخيصها بالعين المجردة (وسنراها مفصلا) ، فتعني أنه يمكن للطبيب ذي الخبرة أن يشخصها منذ النظرة الاولى دون حاجة الى استعمال ما يساعده على التشخيص ، أي أنه يشخصها بالعين المجردة عند استعمال منظار المهبل العادي Spekulum وبالاصبع عند اجراء المس المهبلي ، أما الفحص النسجي فهو للتأكيد ولاعطاء النتيجة القطعية •

المجموعة الاولى

أو الحالات المبكرة أو السرطانات ما قبل السريرية

A Frühfaelle (the early cases) = preclinical

١ ـ السرطان في المكان أو السرطان السطحي

Carcinoma in Situ = Oberflaechenkarzinom

كيفية بدء تكون سرطان عنق الرحم : يعتقد حاليا حسب الدراسات السابقة أن بدء نمو سرطان عنق الرحم نسجياً يتكون على مرحلتين :

مرحلة النمو الاولى : أو مرحلة النمو داخل النسيج :

Earste Wachstum = Intraepitheliale Wachstumsphase

حيث تحدث التبدلات الخلوية فقط في النسيج الابتليالي الذي تشاهد فيه الدرجات المختلفة من التبدل لخلايا ابتليالية غير وصفية ، أي ما يمكن أن نسميه بسوء التصنع الخلوي Dysplasie ، الذي يعتبر السرطان في المكان أعلى درجات هذا التبدل • أما من الناحية العملية فاننا لن نجد تدرجا منتظما في سير هذه التبدلات الخلوية الا أنه يمكن تقسيمها الى ثلاثة أشكال من التبدل :

الأول: سوء التصنع الخفيف Leichte Dysplasie ويتميز هذا الشكل بأن خلاياه المصابة بسوء التصنع الخفيف المذكور يمكنها غالبا أن تتراجع Regression إلى أشكالها الطبيعية •

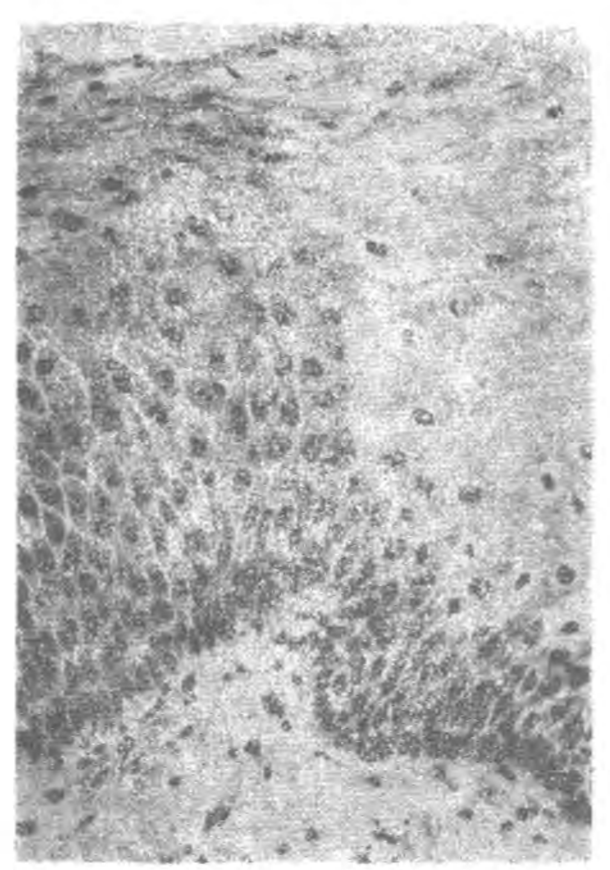
الثاني : سوء التصنع الشديد Schwere Dysplasie ويتميز هذا الشكل بأن أغلب الحالات فيه هي عبارة عن حالات مترقية Progression نحو حالات السرطان في المكان •

الثالث : السرطان في المكان Carcinoma in Situ ويتميز هذا الشكل بأن خلاياه الابتليالية غير الوصفية لا تختلف من الناحية النسجية عن السرطان الاجتياحي، الا في كونها باقية ضمن النسيج الابتليالي لم تنتشر الى اللحمة بعد• بالاختصار يمكن أن تجعل صفات السرطان في المكان بما يلي :

١ ــ الخلايا الابتليالية الجديدة والتي تبدي أشد درجات التبدل الخلوي موجودة فقط ضمن النسيج الابتليالي ، وهي لا تختلف من حيث تكونها وبناؤها عن خلايا السرطان الاجتياحي •
٢ ــ ان ما ينقص في السرطان في المكان هو انتشار هذه الخلايا الى اللحمة الكائنة تحت النسيج الابتليالي •
٣ ــ تتصف هذه الخلايا الابتليالية الجديدة بكافة الصفات التي تتميز بها الخلايا السرطانية ما عدا صفة التكاثر •

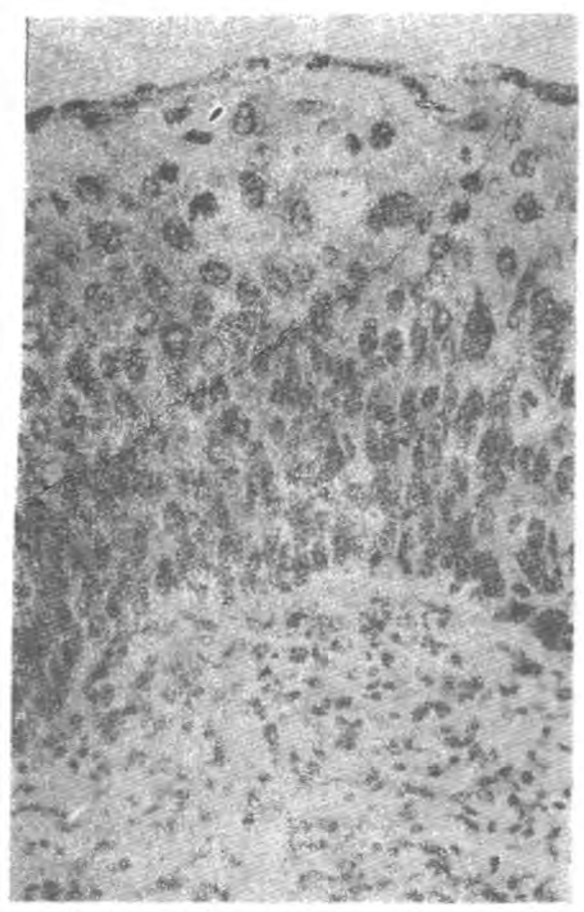
هذا وقد أطلق حديثاً على أشكال سوء التصنع الخفيف والشديد والسرطان في المكان اسم التنشؤ داخل النسيج الابتليالي للعنق •
Cervical intraepithelial Neoplasie (CIN)

مرحلة النمو الثانية : أو مرحلة النمو الاجتياحي :
Zweite Wachstumsphase = Invasive Wachstumsphase



الشكل : ٣٢ : حدود واضحة بين نسيج ابتليالي طبيعي (في الايمن) ونسيج ابتليالي شاذ (في الايسر)

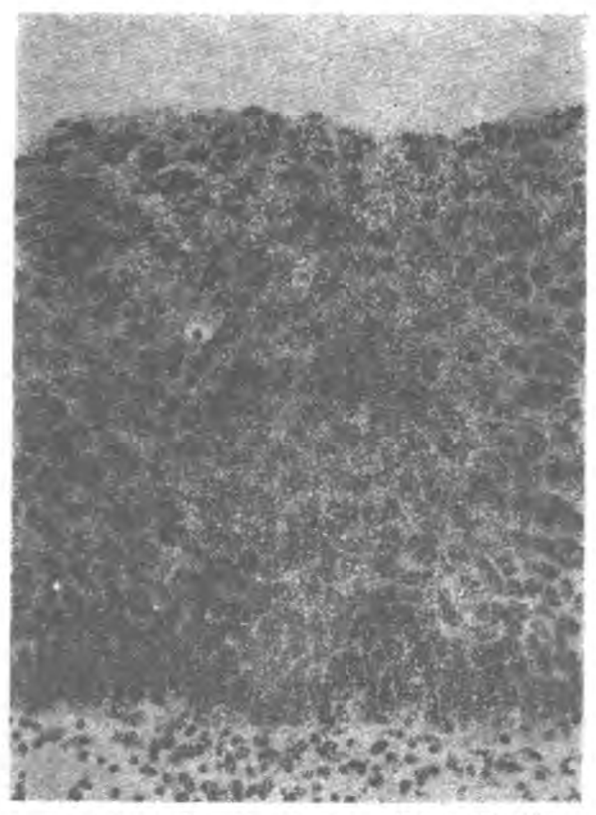
ونعني بذلك مرحلة تحول السرطان في المكان الى السرطان الاجتياحي. أما متى يحدث هذا التحول فان ذلك يتعلق بعوامل لم تدرس الدراسة الكافية بعد، مثل تكون العوامل الحاثة على التكاثر، الالتهابات، عدد الخلايا المصابة. إلا أنه من المهم أن نعرف أن الخلايا السرطانية لا يمكن أن تنشأ من الخلايا الابتليالية السليمة بين عشية وضحاها ، ثم لا تلبث أن تجتاح فجأة النسج الضامة، بل لابد أن يمر هذا التبدل بفترة زمنية قد تبلغ شهوراً أو سنيناً حيث تبقى هذه التبدلات في مرحلة ما قبل الاجتياح ، أي ضمن النسيج الابتليالي فقــط .



الشكل (٣٤) سوء تصنع خلوي خفيف

اذن فالتشخيص المبكر لسرطان عنق الرحم يعني تشخيصه وهو في مرحلة ما قبل الاجتياح .

لذلك أطلقت أسماء كثيرة على هذه الحالة من التبدل الخلوي ، حيث سماها بعض الباحثين السرطان في المكان أو السرطان السطحي كما مر معنا ، وسماها البعض أيضا التبدلات غير الوصفية المتصاعدة للخلايا الابتليالية ، وسماها البعض الآخر السرطان ما قبل الاجتياحي ، وسماها آخرون السرطان

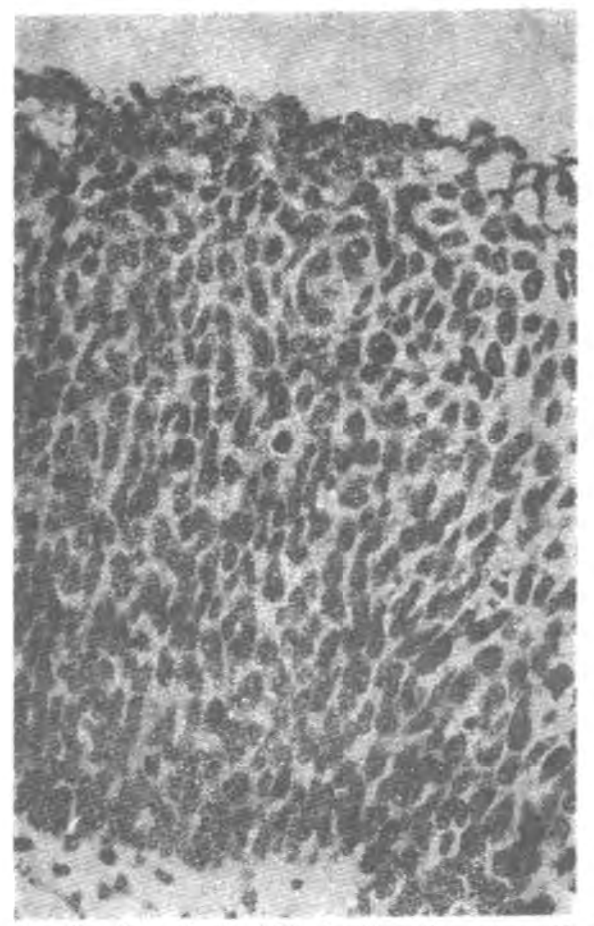


الشكل (٣٥) سوء تصنع خلوي شديد

ضمن الخلايا الابتليالية ، وسماها آخرون أيضا السرطان من الدرجة صفر(٠.)
وجميع هذه التسميات ذات مدلول واحد .

والواقع أن جدالا" شديداً قام بين الباحثين في اعتبـار هذه التبدلات الشديدة في الخلايا الابتليالية غير الوصفية حالة سرطانية ، لأن علماء التشريح المرضي ليسوا مستعدين لتسمية هذه الحالة سرطاناً ، إذ أن الحالة السرطانية الحقيقية تقتضي عندهم صفة الانتشار إلى النسج المجاورة .

إلا أنه حاليا أصبح من المتفق عليه ان السرطان في المكان هو حـالة سرطانية حقيقية في المرحلة المبكرة جدا ، وان الانتشار أو الاجتياح يبدأ في



الشكل (٣٦) السرطان في المكان أو السرطان السطحي

أكثر الحالات من هذه الخلايا المصابة ، كما ثبت أيضا أنه يمكن للسرطان الاجتياحي أن يبدأ من خلايا السرطان في المكان فانه يمكن أيضاً أن يبدأ من الخلايا المصابة بسوء التصنع الخفيف .

مكان توضع السرطان في المكــان: Lakalisation des Carcinoma in Situ

مــن المعروف ان أغلب سرطانات عنق الرحم هــي سرطانات النسيج الابتليالي المسطح حيث تشكل (٩٥ ــ ٩٧٪) من مجموعها ، بينما تشكل

سرطانات النسيج الابتليالي الاسطواني (٣ ـ ٥٪) فقط والتي تسمى أيضاً السرطانات الغدية •

ان تحديد المكان الذي ينشأ منه النسيج الابتليالي غير الوصفي أمر ضروري ، اذ لايمكن وضع التشخيص المبكر لسرطان عنق الرحم اذا لم نكن نعرف على وجه التحديد المكان الذي يجب التفتيش فيه عن سرطان النسيج الابتليالي المسطح •

لقد أصبح من المسلم به ان هذا السرطان يبدأ في مراحلـه الأولى من داخل النسيج الابتليالي المسطح الذي يستر سطح القسم الظاهر لعنق الرحم . حيث ينمو أولا النسيج الابتليالي غير الوصفي الذي لا يلبث عندما تصبح التبدلات الخلويـة في أعلى مراحلهـا أن ينشأ عنـه السرطان في المكـان Carcinoma in Situ .

لقد أثبت الباحثون الامريكيون منذ مدة طويلة أن النسيج الابتليالي المسطح السرطاني يتواجد حذاء المنطقة الغدية لعنق الرحم أي حذاء النسيج الابتليالي الاسطواني(هوارد، ايريكسون، ستودارد) (Haward, Erikson und Stodard) • أما الباحثون الالمان (أوبر ، بوتتكـه) وغيرهم (Ober, Bontke) فقد أثبتوا أن ٩٠٪ من حالات السرطان في موضعه ؛ تنشأ في منطقة النسيج الابتليالي المسطح نفسه الذي يستر المنطقة الغديـة للعنق ، حيث لا يلبث النسيج المتسرطن أن يمتد الـى المهبل أو الى قناة عنق الرحم •

أما كيف يحتل النسيج الابتليالي المسطح مكانا في النسيج المخاطي لعنق الرحم ، بحيث يستر غدد العنق فقد مر معنا ذلك مفصلا، الا أن موضوع بحث كيفية هذا التشكل الخلوي Morphologie فلا يزال يحتاج إلى حل • غير أننا من الناحية السريرية ؛ يمكننا أن نصل الى نتائج متقدمة نوعاً ما اذا راقبنا الخلايا السطحية الساترة للقسم المهبلي لعنق الرحم، عند امرأة في سن النشاط التناسلي، وفحصناها بالمنظار المهبلي المكبر فسوف نجد كما نعلم سابقا جزءً

قد يزيد أو ينقص من الغشـــاء المخاطي لباطن العنق متوضعـــاً على القسم السطحي للقسم المهبلي من العنق ، حيث تسمى هذه الحالة الشتراواكتوبيا Ektopie • لايلبث هذا القسم المنشتر أو المهاجر بعد فترة ما من الزمن، أن يستر بالخلايا الابتليالية المسطحة حيث تسمى هذه المنطقة منطقـــة التحول Umwandlungs zone . وهي المكان المفضل الذي سوف ينشأ عنه السرطان في المكان ، أما كيفية تكون النسيج الابتليالي المسطح فقد مر معنا ذلك وذكرنا أن هناك احتمالين لتكونه :

الأول : هو تكونه من حافة النسيج الابتليالي المسطح المجاور ثم لايلبث أن يستر النسيج الابتليالي الاسطواني ، كما ينتشر غالباً إلى داخل الغدد مزيحاً النسيج الابتليالي الاسطواني فيملأ الغدة بالنسيج الابتليالي المسطح المتكون حديثاً •

الثاني : يمكن أن يتكون النسيج الابتليالي المسطح من داخل النسيج الابتليالي الاسطواني حيث يزيحه ويحل محله •

يعتبر الاحتمال الثاني حالياً أقرب للحقيقة من الاحتمال الاول، اذ كشفت خلايا متوضعة تحت النسيج الابتليالي الاسطواني تسمى الخلايا الاحتياطية ، وهي عبارة عن خلايا متعددة القدرات Multipotent يمكنها أن تتطور لتتكون منها خلايا أسطوانية أو خلايا ابتليالية مسطحة، وهذا ما يمكن أن يسمى أيضا بالتبدل الخلوي غير المباشر Indirekte Metaplasie .

لذا فاننا اذا اعتبرنا ان الاحتمال الثاني صحيحا ، فسوف ينتج عن ذلك أن النسيج الابتليالي المسطح الذي سوف يتكون على سطح القسم المهبلي لعنق الرحم أو داخل قناة عنق الرحم فوق النسيج الغدي أو داخله ، يمكنه أن يتطور باتجاهين مختلفين :

١ ــ الى تكوين نسيج ابتليالي مسطح طبيعي •

٢ ــ إلى تكوين نسيج ابتليالي غير وصفي يمثل السرطان في المكـــان أعلى درجات التبدل الخلوي فيه •

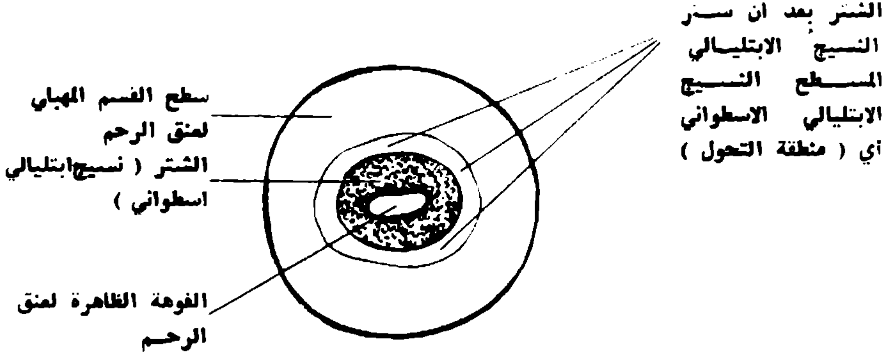
علينا أن نعلم جيداً أن النسيج الابتليالي الاسطواني الذي سوف يستر بالنسيج الابتليالي المسطح ، هو الجزء الأبعد بالنسبة الى قناة عنق الرحم ، ويعتقد أن السبب في ذلك هو تعرض هذا الجزء أكثر من غيره للمؤثرات الخارجية ، لذا وبمعنى آخر يعتبر نسيج باطن العنق الذي يجاور مباشرة الفوهة الظاهرة لعنق الرحم المكان المفضل لنشوء السرطان في المكان • على هذا الاساس يمكن أن يختلف مكان نشوء السرطان في المكان باختلاف مكان تلاقي النسيج الابتليالي المسطح بالنسيج الابتليالي الاسطواني ، اذ ينشأ كما رأينا في منطقة الحدود الفاصلة بين النسيجين المسطح والاسطواني، والتي يختلف موقعها باختلاف سن المرأة حيث تكون بالنسبة للفتيات الصغيرات داخل قناة عنق الرحم ، وبالنسبة للنساء اللواتي هن في سن النشاط التناسلي تكون غالباً على سطح القسم المهبلي لعنق الرحم ، أما بالنسبة للنساء اللواتي هن في سن اليأس أو الشيخوخة فتعود منطقة الحدود المذكورة مرة ثانية إلى داخل قناة العنق •



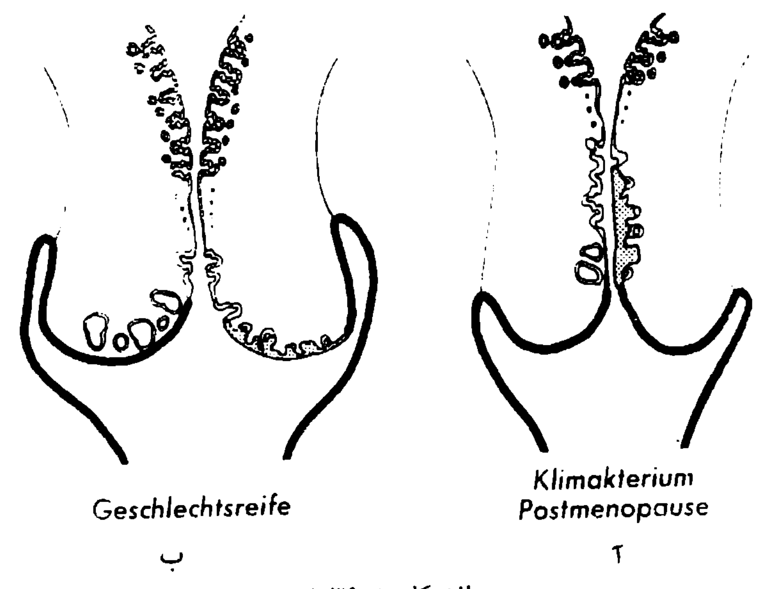
الشكل (٣٧) تكون السرطان في المكان نتيجة تبدلا خلوي غير مباشر يصيب الخلايا الاحتياطية

إذاً يمكننا القول باختصار :

إن ٩٠٪ من حالات السرطان في المكان لسرطان عنق الرحم عموماً يبدأ



الشكل (٣٨) شكل ترسيمي (شيما) لمنطقة الحدود المهمة الفاصلة بين النسيجين الابتلياليين حيث تنمو غالبا الخلايا الابتليالية غير الوصفية



الشكل (٣٩)

آ ـ عند النساء اللواتي هن في سن النشاط التناسلي يشاهد السرطان في المكان على سطح القسم المهبلي بعنق الرحم .

ب ـ عند النساء اللواتي هن في سن اليأس يشاهد السرطان في المكان غالبا في قناة عنق الرحم .

في منطقة النسيج الابتليالي المسطح ، حيث يجب التفتيش عليه في أبعد منطقة من النسيج الغدي الممتد نحو الأسفل من الغشاء المخاطي لباطن العنق .

إننا نجد النسيج الابتليالي المسطح عند النساء اللواتي هن في سن النشاط التناسلي ، غالبا على سطح القسم المهبلي لعنق الرحم ، ولكن بتقدم المرأة في السن سوف يتراجع الغشاء المخاطي لباطن العنق الى داخل قناة العنق ، لذلك سوف نجد أن منشأ السرطان المذكور سيتراجع أيضا الى داخل العنق ، لذا يجب التفتيش عن بداية تكون سرطان عنق الرحم عند النساء اللواتي هن في فترة سن اليأس أو الشيخوخة داخل قناة العنق ٠

تطور السرطان في المكان :

١ ــ تطور السرطان في المكان إلى سرطان اجتياحي ٠

يتطور السرطان في المكان إلى سرطان اجتياحي (Invasiv) بعد فترة زمنية قد تطول أن تقصر ، كما لا يخفى علينا أن سوء التصنع الخلوي الخفيف يمكنه أيضا أن يتطور مباشرة الى سرطان اجتياحي ٠

٢ ــ توقف تطور السرطان في المكان :

يعتقد حالياً أن كل سرطانات عنق الرحم التي هي في مرحلة ما قبل الاجتياح ، تبقى فترة في مرحلتها ما قبل السريرية ولا يمكن تقدير هذه الفترة التي تمر لكي يتحول إلى السرطان الاجتياحي ، اذ تختلف من حالة إلىأخرى بحيث قد تستمر الفترة في بعض الحالات عدة سنوات ، بينما شوهدت بعض الحالات لم تتعد فيها هذه الفترة عدة شهور ٠

٣ ــ احتمال تراجع التبدلات الخلوية عفوياً :

لم يثبت حتى هذا التاريخ تراجع السرطان في المكان كما أن المعلومات العامة لم تثبت أيضا امكانية شفائه عفويا ٠

اهمية تشخيص السرطان في المكان : تتجلى أهمية تشخيص السرطان في المكان فيما يلي :

١ ــ كونه المرحلة الوحيدة لسرطانات عنق الرحم التي تبلغ نسبة الشفاء

فيها ١٠٠٪ تقريباً، اذ أن من المعروف ان شفاء كل حالة سرطانية تتعلق بالمرحلة التي يشخص فيها . هذا وبما أن الانتشار في السرطان في المكان الى النسيج الابتليالي معدوم لذلك يمكننا وضع الجدول التالي :

آ ـ السرطان في المكان تبلغ نسبة الشفاء فيه ١٠٠٪ تقريبا .

ب ـ السرطان الاجتياحي الذي لم يتعد عنق الرحم والذي يسمى أيضاً السرطان الاجتياحي المبكر من الدرجة الاولى I (آ)، تبلغ نسبة الشفاء فيه أكثر من ٩٠٪ .

جـ ـ السرطان الاجتياحي الذي لم يتعد العنق ومن الدرجة الاولى I (ب) تبلغ نسبة الشفاء فيه ٦٠ ـ ٨٠٪ .

د ـ سرطان العنق الذي انتقل الى المهبل أو الى نسيج ما حول الرحم أي من الدرجة الثانية II ، تبلغ نسبة الشفاء فيه ٣٠ ـ ٥٠٪ .

هـ ـ السرطان الذي انتقل الى نسيج ما حول الرحم حتى جدار الحوض أي من الدرجة الثالثة III ، تبلغ نسبة الشفاء فيه ٢٠٪ .

و ـ السرطان الذي انتقل إلى الأعضاء المجاورة (المثانة والمستقيم) أو إلى أعضاء أخرى بعيدة ، أي من الدرجة الرابعة IV ، تبلغ نسبة الشفاء فيه ٠ ـ ٦٪ .

٢ ـ يعتبر تشخيص السرطان في المكان تشخيصا مبكرا بكل ما في هذه الكلمة من معنى ، وقد لاحظنا في الجدول المذكور أعلاه أن نسبة الشفاء تكون أعلى كلما كان التشخيص أبكر ، وأن تشخيص السرطان في المكان أي في المرحلة التي لا تظهر فيها أية أعراض شخصية ، تبلغ نسبة الشفاء فيه من الناحية العملية ١٠٠٪ تقريبا . إذاً يتوجب كشف سرطان العنق في هذه المرحلة المذكورة أو في مرحلة سوء التصنع الخلوي الخفيف وتطبيق المعالجة بالسرعة الممكنة .

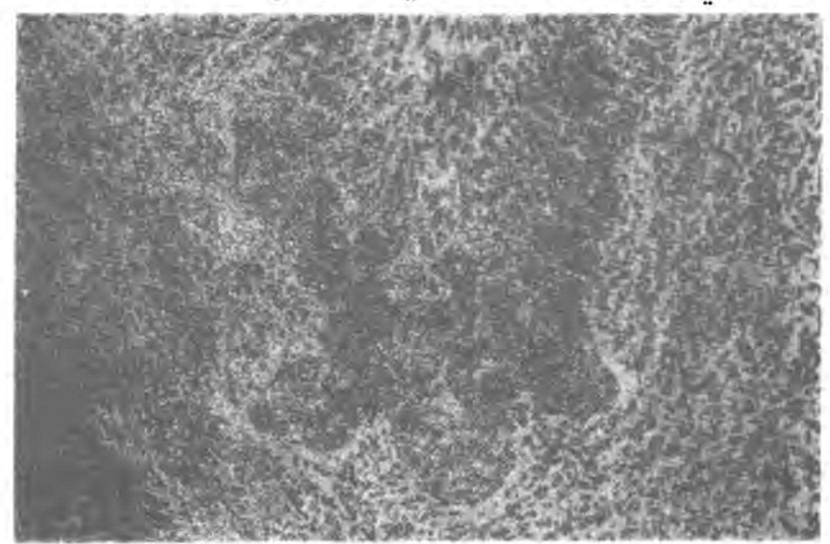
٢ ـ السرطان الاجتياحي المبكر

اي بداية السرطان الاجتياحي الذي لا يشخص الا نسيجيا

II — Frühinvasive karzinome = Karzinome mit eben beginnenden nur histologisch erkennbarer invasion.
The early invasive carcinoma.

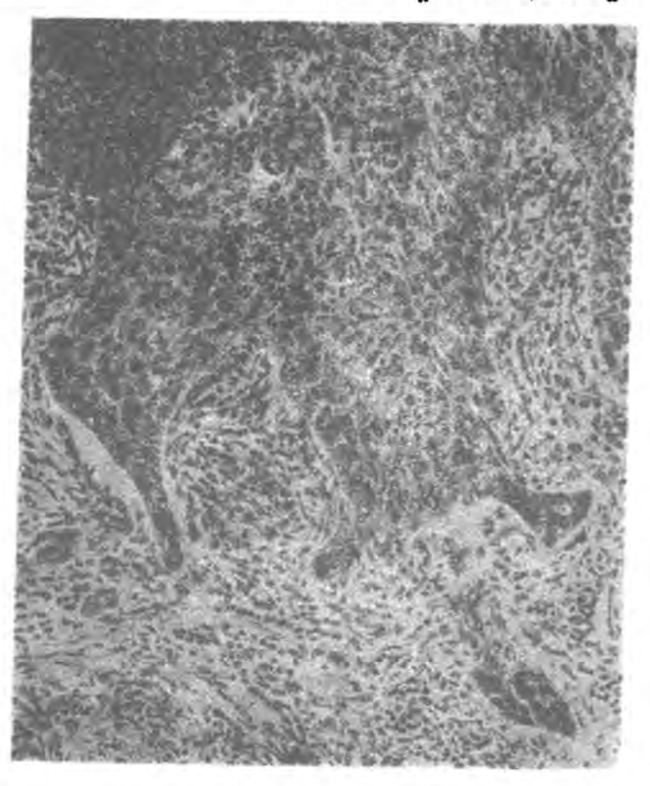
اننا نعني بالحالات المبكرة بمعناها الضيق ، التبدل الخلوي الشديد للنسيج الابتليالي فقط أي الذي لم يتعداه لينتشر الى النسيج الاخرى ، ويشمل ذلك أيضا السرطان في المكان الذي هو من المجموعة الاولى والذي تكلمنا عنه سابقا . أما بالمعنى الواسع ، فاننا نعني الحالات الاجتياحية المبكرة أيضا أي التي هي في بداية الاجتياح الذي لا يزال محدوداً . وهي المجموعة الثانية من الحالات المبكرة وهي تتطور في مرحلتين :

الاولى : وتسمى بداية اجتياح اللحمة Beginnende Stromainvasion وتعني بداية انتشار السرطان في المكان الى اللحمة .



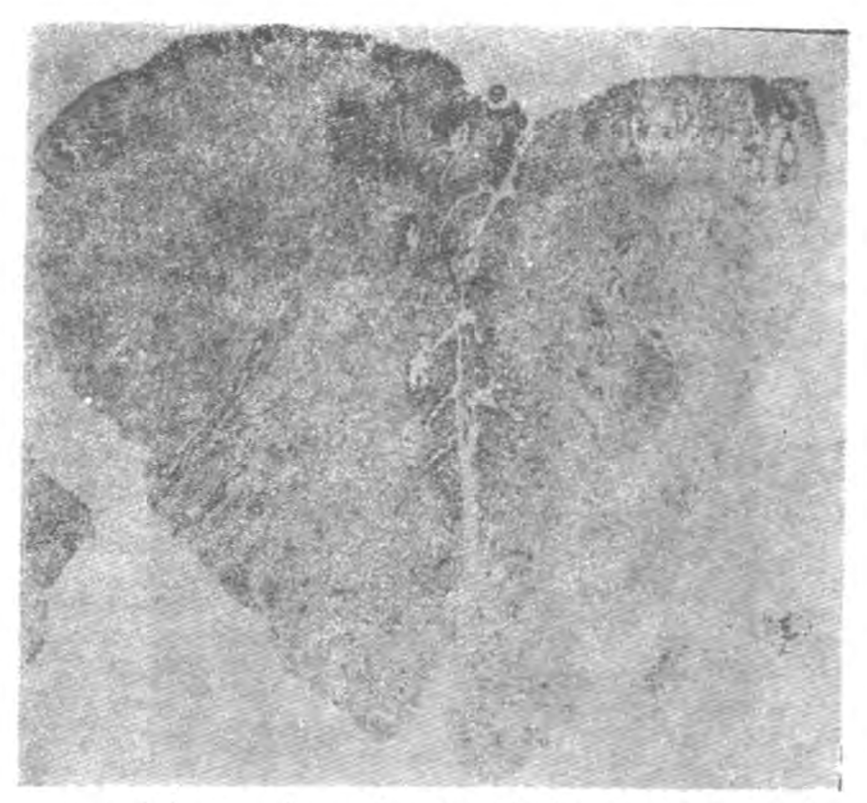
الشكل (٤٠) السرطان في المكان مع بداية اجتياح اللحمة على شكل براعم عريضة أو استطالات .

الثانية : وتسمى السرطان الاجتياحي الصغير Kleinste invasive karzinome وتعني الورم السرطاني المحدود .



الشكل (٤١) السرطان في المكان مع بداية اجتياح اللحمة على شكل استطالات دقيقة كما تلاحظ مجموعات خلوية وخلايا وحيـدة .

ينطلق النسيج المتسرطن للسرطان في المكان ليجتاح اللحمة ، إما من المناطق المتسرطنة السطحية ، أو وهو الاغلب من غدد عنق الرحم التي امتلأت بالنسيج الابتليالي السرطاني . كما اننا نعلم أن انتشار النسيج الابتليالي السرطاني يبدأ بزيادة تنمي النسيج الابتليالي لينتشر على شكل استطالات أو أوتاد الى داخل اللحمة ، بحيث تبدو في أول انتشارها على شكل براعم مؤنفة ، أو على شكل مجموعات خلوية ، أو خلايا وحيدة تجتاح اللحمة .



الشكل (٤٢) السرطان الاجتياحي الصغير في محضر أخذ بعد اجراء الخزع القمعي لعنق الرحم حيث يسير السرطان في المكان على القسم السطحي من الجزء السفلي لقناة عنق الرحم مع توضع مستقل عند القسم الايسر لشفة عنق الرحم .

لقد صنفت الحالات المبكرة الاجتياحية وغير الاجتياحية حسب هامبهرل **Hamperl** كما يلي :

المجموعة الاولى : (Gruppe 1) أو التبدل البسيط **Einfacher Ersatz** حيث يحل محل النسيج الابتليالي الطبيعي نسيج ابتليالي متسرطن ، دون أن يبدو أي تغير في مظهره ، اذ تتوضع في النسيج الابتليالي الطبيعي خلايا سرطانية لا تختلف مجهريا عن الخلايا السرطانية الموجودة في السرطانات الاجتياحية .

المجموعة الثانية : (Gruppe 2) أو التكاثـر العريض (Plumpes vorwuchern) وفي هذه المجموعة لا يوجد أي اجتياح سرطاني •

المجموعة الثالثة : (Gruppe 3) أو بداية اجتياح اللحمة (Beginnende Stromainvasion وتعني السرطان في المكان مـع بداية حدوث الاجتياح في اللحمة Carcinom in Situ mit beginnende Stromainvasion ، وهي تعني سرطان الدرجة الاولى فئة (آ) حسب التصنيف الدولي لمراحل السرطان •

المجموعة الرابعة : (Gruppe 4) أو الارتشـاح الشبكي (Netzige Infiltration) وتعني الـسرطان الصغير الاجتيـاحي (Kleine invasive carcinome) أي سرطان الدرجة الاولى فئة (ب) حسب التصنيف الدولي لمراحل السرطان •

المجموعة الخامسة : (Gruppe 5) أو الارتشاح العريض (Plumpe Infiltration) وتعني السرطان في المكان (يكشف بالفحص النسجي فقط) والسرطان الاجتياحي المبكر Carcinoma in Situ und (nur histologisch erfassbar) Frühinvasive Faelle.

هذا وتعتبر المجموعة الاولى والمجموعة الثانية من الحالات السرطانية المبكرة غير الاجتياحية ، بينما تعتبر المجموعة الثالثة من الحالات التي هي في بداية اجتياح اللحمة • أما المجموعتان الرابعة والخامسة فتعتبران من الحالات السرطانية الاجتياحية المبكرة •

وهنا يجب أن نؤكد مرة أخرى وجوب التفريق بشكل أساسي بين حالات السرطان في المكان، وبين حالات السرطان المبكر الاجتياحي، حيث يرجع هذا الاخير حسب التصنيف المعمول به حاليا الى الحالات المعتبرة حسب التصنيف الدولي من حالات الدرجة الاولى Stadium I للسرطان، والتي تشمل كافة السرطانات الاجتياحية مهما كانت صغيرة • أما حسب الاقتراحات

الجديدة المطروحة فيمكن وضع حالات بداية الاجتياح في اللحمة ، أي المجموعة الثالثة حسب تصنيف هامبەرل (Hamperl) على أنها تعود الى الدرجة الاولى فئة (آ) ، بينما توضع تحت تصنيف الدرجة الاولى فئة (ب) كافة الحالات السرطانية الاجتياحية التي لم تتعد حدود العنق • لذلك يمكننا القول أيضا بأن الحالات السرطانية للدرجة الاولى فئة (ب) تشمل الحالات السرطانية ما قبل السريرية والحالات السريرية عموما •

طرق كشف الحالات المبكرة لسرطان العنق أو
طرق كشف الحالات السرطانية ما قبل السريرية :

Die Methoden zur Erfassung der Frühfaelle des Zervix karzinoms = Erfassung des praeklinisschen Karzinoms.

لكشف الحالات المبكرة لسرطان العنق نعتمد نوعين من الطرق يجب التمييز بينهما :

١ ــ طرق التحري (أي ما قبل التشخيص) •

٢ ــ طرق التشخيص النهائي •

تستعمل طرق التحري للتوصل الى معرفة الحالات السرطانية المشتبه بها ، أي أنها تقودنا الى تشخيص احتمالي فقط للحالات السرطانية ، بينما تستعمل طرق التشخيص النهائي في تأكيد التشخيص للحالات المشتبه بها •

١ ــ طرق التحري :

نميز من بين هذه الطرق :

آ ــ التشخيص الخلوي Zytdiagnostik حسب طريقة بابا نيكولاو Papanicolaou

ب ــ تنظير المهبل المبكر Kolposkopie .

جـ ــ تنظير المهبل المجهري Kolpomikroskopie .

آ ـ **التشخيص الخلوي :**

تأتي هذه الطريقة بالدرجة الاولى بالنسبة للطرق الثلاث المذكورة وذلك لسهولة تطبيقها ، وقد وضعها بابانيكولاو سنة ١٩٢٨ ثم طبقت بشكل أفضل سنة ١٩٤٣ بعد أن طورت من قبل بابانيكولا وتراوت Papanicolaou und traut • تقوم هذه الطريقة على أخذ لطاخات من القسم السطحي لفوهة عنق الرحم ومن داخل مجرى العنق ، ثم تثبت هذه اللطاخة وتلون ويفتش فيها مجهريا عن الخلايا السرطانية أو الخلايا التي يشتبه في كونها سرطانية •

ان الفحص الخلوي كما هو الحال في تنظير المهبل المكبر ، ليس طريقة لوضع تشخيص نهائي للحالات السرطانية ، وانما هما معاً طريقتان لتحري الحالات المشتبه في كونها سرطانية ، أي أن التشخيص بواسطتهما تشخيص احتمالي • لذلك في حالة وجود هذا الاحتمال ، يجب أن نلجأ وبدون استثناء الى الفحص النسجي لتأكيد التشخيص أو نفيه •

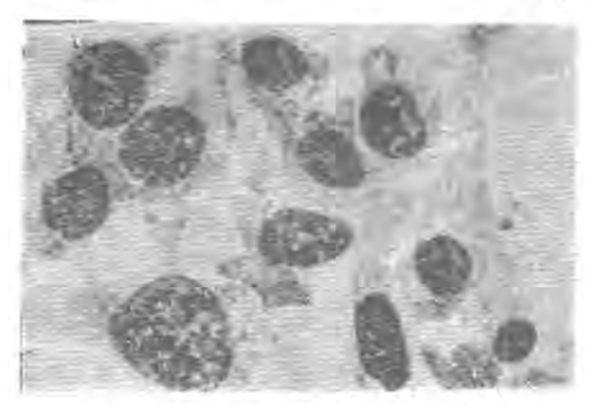
ان المبدأ الذي يقوم عليه التشخيص الخلوي ، هو كشف بعض الخلايا التي طرأ عليها تبدل ما جعلها تتميز عن مجموعة الخلايا المجاورة لها • لقد سهل هذه الطريقة التوسف الخلوي الذي يصيب الخلايا السطحية للنسيج الابتليالي لكافة الاورام الخبيثة ، الا أن هذا لا يعني وجود خلايا سرطانية وصفية، لكنها مع ذلك تتميز بعلامات أساسية خاصة بالنسبة المنواة اذا قورنت مع نواة الخلية الطبيعية ، بالاضافة الى تبدلات أخرى تصيب الخلايا السرطانية ، مع سرعة تكاثر هذه الخلايا وسرعة نمو الورم نفسه •

هناك أربع علامات هامة مميزة للخلايا السرطانية :

الاولى : عدم تساوي نوى الخلايا : Ansikaryose تتساوى نوى الخلايا عادة في نسيج طبيعي بحيث لا تختلف واحدة عن الاخرى ، أما في الاورام الخبيثة فتختلف أحجام هذه النوى عن بعضها البعض •

الثانية : تعدد أشكال النوى Kernopolymorphie يعتبر تبدل الشكل الكروي لغشاء النواة من أهم العلامات المميزة ، حيث يبدي استطالات أو تفصصاً بالاضافة الى اصابة النواة بالضخامة Makrokaryose بحيث تكون أضخم مما هي عليه في الحالة الطبيعية .

الثالثة : اختلاف النسبة الطبيعية بين النواة والهيولي Verschiebung der kern-plasma-Relation مع اختلاف حجم الخلايا Anisozytose يضخم حجم النواة بالنسبة للخلية عما هو عليه في الحالة الطبيعية، بحيث يمكن ظهور نوى عارية عن الهيولى ، وهذا ما يشاهد في الحالات السرطانية الحديثة أي غير الناضجة .



الشكل (٤٣) لطاخة خلوية لنسيج مشتبه باصابته بالسرطان الابتليالي المسطح حيث يشاهد :
١ ـ عدم تساوي نوى الخلايا وتعدد اشكالها .
٢ ـ فرط الكروماتين في النواة .
٣ ـ اختلاف حجم الخلايا عن بعضها البعض مع اختلاف النسبة الطبيعية بين النواة والهيولى .

الرابعة : فرط أو نقص أو تعدد أشكال اختلاف كمية الكروماتين النووي Hyper-Hypo - und Polychromasie der kerne : تصاب النواة بفرط الكروماتين ويعني ذلك أن قابلية تلون نوى الخلايا السرطانية تصبح أشد مما هي علية في الخلايا الطبيعية . وفي الاصابة بنقص الكروماتين فان

قابلية تلون نوى الخلايا السرطانية تصبح أقـل مما هي عليه في الخلايا الطبيعية فتبدو شاحبة اللون بالنسبة للنوى الطبيعية . أما في تعدد أشكال اختلاف كمية الكروماتين النووي فيعني وجود خلايا مصابة بفرط الكروماتين أو نقصه وذلك بدرجات متفاوتة ، لذا فان تلون النوى يكون على درجات مختلفة أيضا ، وهذا ما يشاهد في السرطانات الحديثة غير الناضجة .

تؤخذ اللطاخة كما ذكرنا سابقا من القسم السطحي لفوهة عنق الرحم ومن داخل قناة العنق ، مستعملين بذلك حاملا خشبياً خاصة عندما يراد أخذ اللطاخة من جدار المهبل ، أو حاملا معدنياً ينتهي بحلقة بلاتينية عندما يراد أخذ اللطاخة من سطح العنق أو من داخل قناة العنق ، الا أنـه يجب التقيد بالشروط التالية :

١ ـ يمنع منعاً باتاً اجراء حقنة مهبلية قبل أخـذ اللطاخـة .

٢ ـ يمنع منعاً باتاً مسح أو تجفيف أو تنظيف مفرزات المهبل قبل أخذ اللطاخـة .

٣ ـ يجب أن يكون منظار المهبل المستعمل Spekulum عند أخذ اللطاخة جافـاً .

٤ ـ يجري المس المهبلي دائماً بعد أخذ اللطاخة وذلك لسببين :

الاول : يمكن للاصبع الماسة أن تخـرب الطبقة السطحية للخـلايا الابتليالية لفوهة العنق .

الثاني : يمكن أن يؤدي هـذا المس الى نزف دموي ونحن نعلم أن اللطاخات المهبلية المدماة ليس لها قيمة في الفحص .

٥ ـ يجري تنظير المهبل المكبر Kolposkopic بعد أخذ اللطاخة .

كما يشترط أيضا عند أخذ اللطاخة من باطن العنق عدم استعمال الحامل بعنف ، وأن نمتنع عن اجراء أي ضغط أو مسح أو حك للمنطقة التي نريد

أخذ اللطاخة منها ، وكذلك عند أخذ اللطاخة من باطن قناة عنق الرحم بالحلقة البلاتينية أو بغيرها يجب أن نأخذ المادة بحركة دائرية خفيفة حذاء منطقة اتصال النسيج الابتليالي المسطح بالنسيج الابتليالي الاسطواني •

نتائج الفحص الخلوي : يقودنا الفحص الخلوي للطاخة الى تقسيم الحالات المشاهدة الى خمس مجموعات هي :

المجموعة ـ ١ ـ Gruppe I وهي الحالات الطبيعية أو السليمة •

المجموعة ـ ٢ ـ Gruppe II وهي الحالات غير المشتبه بها إلا أنها تحوي على تبدلات خلوية التهابية •

المجموعة ـ ٣ ـ Gruppe III وهي الحالات التي تشاهد فيها التبدلات الخلوية فقط ، الا أن تبدلاتها الخلوية غير كافية لاعتبارها حالات مشتبه بها سرطانيا •

المجموعة ـ ٤ ـ Gruppe IV
المجموعة ـ ٥ ـ V وهي الحالات التي تكون فيها التبدلات الخلوية تبدلات مرضية (في المجموعة الرابعة خلايا وحيدة مبعثرة) و (في المجموعة الخامسة خلايا متبدلة كثيرة) ، هذا وتوجد بين المجموعتين درجات مختلفة من حيث كمية الخلايا الورمية •

يجب أخذ النتائج التي تدل على الاشتباه بعين الاعتبار بحيث يتوجب اعادة فحص اللطاخة عدة مرات بعد تطبيق المعالجات الهرمونية أو الدوائية (صادات أو سلفاميد) ، فاذا بقيت اللطاخة مشتبهاً بها رغم هذه المعالجات يتوجب عندئذ اللجوء الى الفحص النسجي ، أما في الحالات التي تكون فيها التبدلات المرضية واضحة كما في المجموعة (الرابعة والخامسة) فاجراء الفحص النسجي ضروري جداً •

ب ـ تنظير المهبل المكبر Kolposkopie :

أو فحص الفوهة الظاهرة لعنق الرحم بالعدسات المكبرة :

كشفت هذه الطريقة من قبل هينزلمان (Hinselmann) في ألمانيا عام ١٩٢٤ وانتشرت في عــام ١٩٢٥ ، وتقــوم عــلى استعمال المنظار المكبر (Kolposkope) مع تركيز اضاءة شديدة على سطح الفوهة الخارجية لعنق الرحم بحيث يتوفر لنا تكبير المنظر المفحوص (١٠ ــ ٢٠) ، وذلك بهدف التشخيص المبكر للخلايا السرطانية لعنق الرحم أو بالاصح تشخيص النسيج الابتليالي غير الوصفي Atypischel Epithel ، أو الخلايا المصابة بالتبدلات النسجية مع التعرف على درجات هذا التبدل، وبالتالي كشف الخلايا السرطانية لحالات السرطان في المكان « Carcinoma in Situ » •

ملاحظة هامة : لكي تعطي هذه الطريقة النتائج المتوخاة من استعمالها ، يجب أن تكون منطقة اتصال النسيج الابتليالي المسطح مع النسيج الابتليالي الاسطواني للمنطقة المشتبه بها والمراد فحصها ظاهرة للعيان ، وهذا ما يمكن تحقيقه بالنسبة لأغلب النساء اللواتي هن ما بين سن النشاط التناسلي وسن اليأس • أما بالنسبة للنساء المسنات أي اللواتي اجتزن المراحل الاولى لسن اليأس ، فان منطقة اتصال النسيج الابتليالي المسطح مع النسيج الابتليالي الاسطواني تقع داخل قناة عنق الرحم ، بحيث تكون غير ظاهرة للعيان ، وبالتالي لا يمكن فحصها بهذه الطريقة ، لذلك عند هؤلاء المريضات يجب تطبيق طريقة التشخيص الخلوي Zytodignostik أي بأخذ لطاخة مهبلية من قناة عنق الرحم وفحصها خلوياً •

شروط تنظير المهبل المكبر :

١ ــ تنظف الفوهة الظاهرة للعنق مع ما حولها بقطعة جافة من الشاش أو القطــن •

٢ ــ تمسح نفس المنطقــة بمحلول حامض الخــل بنسبة (٣٪) ولاستعماله محسنات عدة :

الاولى : إزالة الطبقة المخاطية الملتصقة على الفوهة الظاهرة للعنق لكي تصبح المنطقة أكثر وضوحاً أثنــاء الفحص •

الثانية : يؤثر حمض الخل على بعض النسج بحيث يؤدي الى انتفاخ الخلايا فيها وهذا ما يشاهد عند وجود الاكتوبيا Ektopic (وتعني هجرة النسيج الابتليالي الاسطواني من مكانه الطبيعي داخل قناة العنق الى ظاهر العنق) ، التي تبدو بوضوح على شكل عناقيد يتحول لونها المحمر الى لون أبيض ، كما يبدو ذلك أيضا بوضوح قد يقل أو يزيد في كثير من الحالات التي يكون النسيج الابتليالي المسطح غير وصفي (أي وجود التبدلات الخلوية من مختلف الدرجات مع وجود خلايا السرطان في المكان) ، حيث تصاب الخلايا بالانتفاخ ويتبدل اللون المحمر الى مبيض أو أبيض واضح ؛ وهذا التفاعل يجعلنا أكثر تأكيدا من وجود النسيج الابتليالي المسطح (سوء النمو ، السرطان في المكان) • هذا ويمكن مشاهدة هذا التفاعل بالعين المجردة ، علماً بأن ظهوره بالشكل الوصفي المذكور لا يحتاج الى أكثر من دقيقة واحدة بعد المسح بمحلول حامض الخل •

ثالثاً ـ يطبق الآن بعد المسح بمحلول حامض الخل الفحص بمنظار المهبل المكبر •

رابعاً ـ ينصح بشيرهمبل (Pschyrembel) باستعمال مسبار (طريقة كروباك) عند اجراء هذا التنظير ، وذلك بأن يدفع المسبار بلطف في القسم المشتبه به من عنق الرحم ، فاذا نفذ المسبار بسهولة الى داخل النسيج دل ذلك على وجود سرطان في هذه المنطقة ، واذا لم ينفذ نفى ذلك وجود السرطان ، الا أن ما تستوجب ملاحظته هنا هو احتمال وجود نسيج سرطاني رغم عدم نفوذ المسبار الى داخل النسيج •

خامسا ـ اذا دل تنظير المهبل على وجود نسيج ابتليالي غير وصفي ، وجب عندئذ أخذ خزعة من المنطقة المشتبه بها وفحصها نسجياً •

سادساً ـ يطبق تنظير المهبل المكبر بعد تطبيق طريقة تجربة شيللر التي تؤدي الى الحصول على النتائج التاليـة :

آ ــ تقدير عمر أو المدة التي مرت على تكون منطقة التحول أي تقديـر عمر هذه المنطقة Umwandlungszone .

ب ــ ظهور مناطق التخطط والقاع Felder und Grundbezirke التـي لم تكن ظاهرة في السابق نتيجة لتلونها باللون الاصفر الفاتح بعد مسحها بمحلول شيللر أو محلول لوغول .

جـ ــ التفتيش عن المناطق التي تظهر فيها حدود واضحة جدا نتيجة للتلون باليود (محلول شيللر أو لوغول) .

طريقة شيللر في اختبار اليود أي اختبار محلول لوغول :
Schillersche Jodprobe = Lugolsche Probe

تقوم هذه الطريقة على مسح القسم السطحي للفوهة الظاهرة لعنق الرحم بقطعة من الشاش أو القطن مبللة بمحلول لوغول فتبدو النتائج التاليـة :

١ ــ **النسيج الابتليالي المسطح سالم** : يتلون هذا النسيج باللون البني الغامق (لاحتواء النسيج على الغليكوجين) أي أن اختبار اليود ايجابي .

اذا تلون النسيج الابتليالي الكائن حـذاء الفوهة الظاهرة للعنق باللون البني الغامق أي اذا كان اختبار اليود ايجابياً ، دل ذلك بوضوح على أن هذا النسيج طبيعي وسالم .

٢ ــ **النسيج الابتليالي المسطح متبدل** : لا يأخـذ النسيج الابتليالي المسطح المتبدل (أي المصاب بالتبدلات الخلوية) وكذلك النسيج الابتليالي الاسطواني عند مسحهما بمحلول لوغول اللون البني (لنقص أو انعـدام الغليكوجين) ، بل يبقيان بلون فاتح أي أن اختبار اليود سلبي . لذلك وبناء على ما ذكر يمكننا التوصل الى النتائج التالية :

آ ـ اكتوبيا أو الشتر Ektopie (أي النسيج الابتليالي الاسطواني) لا يأخذ اللون البني بل يبقى على لونــه الطبيعي •

ب ـ منطقة التحول Umwandlungszone (UZ) (أي اكتوبيا العنق أو النسيج الابتليالي الاسطواني الذي عاد النسيج الابتليالي المسطح وغطاه من جديد) : اذا كانت منطقة التحول حديثة فانها لا تأخذ اللون البني كما في الاكتوبيا ، أما اذا كانت قديمة فانها تأخذ اللون البني بشكل متدرج يتناسب مع هذا القدم ، أي أن ذلك يحدث فقط عندما تبدأ الخلايا الابتليالية المسطحة المكتملة النمو بستر الخلايا الاسطوانية •

ج ـ النسيج الابتليالي المســطح المتبــدل Veraendertes platten-epithel ، بالاضــافة الى ما يســمى بالنسيج الابتليالي الشــاذ الحميد Harmlose abnorme Epithel ، وكذلك النســيج الابتليالي غير الوصفي (الذي يصاب بالتبدل بشكل متدرج ابتداء من سوء التصنع حتى السرطان في المكان) ، تبقى جميعها فاتحة اللون أو بالاحرى فانها بعد مسحها بمحلول لوغول تأخذ لوناً وصفياً هو اللون الاصفر الفاتح المبيض بحيث يمكن تمييزه بالعين المجردة • كما تلاحظ في أغلب الاحيان حدود واضحة ما بين هذه الحالات المذكورة وما بين النسيج الابتليالي المسطح الطبيعي الذي يأخذ اللون البني الغامق (اختبار اليود ايجابي) •



الشكل (٤٤) اختبار اليود لشللر عند مريضة مصابة بتبدل خلوي

تصنف الحالات المشاهدة بمنظار المهبـــل المكبر كما يلي :

١ ـ الحالات غير المشتبه بها :

آ ـ الاكتوبيا أو الشتر Ektopie .

ب ـ الخلايا الوصفية (السليمة) في منطقة التحول

٢ ـ الحالات المشتبه بها Umwandlungsrone :

آ ـ اللطخة البيضاء Leukoplakie •

ب ـ القـــاع Grund •

ج ـ التخطط أو منظر الحقل Felderung أو رقعة الشطرنج وقـــد أصبحت تسمى حديثاً موزاييك •

د ـ منطقة التحول غير الوصفية •

هـ ـ الأئتكال الحقيقي Erosio vera •

١ ـ الحالات غير المشتبه بها :

آ ـ الاكتوبيا أو الشتر Ectopie ويعني ذلك انتقال النسيج الابتليالي الاسطواني لقناة عنق الرحم الى غير مكانه الطبيعي أي الى القسم السطحي لظاهر العنق، وهذا ما يسمى أيضا اكتروبيون Ektropion • تبدو هذه المنطقة بالعين المجردة على شكل بقعة حمراء تحيط بالفوهة الظاهرة لعنق الرحم ممتدة على سطح يختلف اتساعه من حالة الى أخرى ، وتشاهد بمنظار المهبل المكبر على شكل لطاخات عنقودية وصفية • أما من الناحية النسجية فهو عبارة عن توضع الغشاء المخاطي لباطن العنق على سطح ظاهر العنق محيطا بالفوهة الظاهرة ومتكوناً من بقع وصفية عنقودية الشكل •

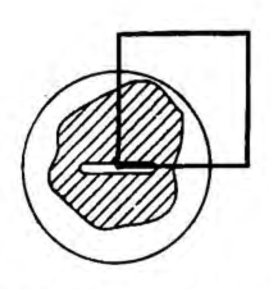
ب ـ الخلايا الوصفية (الســـليمة) في منطقـــة التحول **Typische** Umwandlungszone (benigne) ، **ويعني ذلك نمو نسيج ابتليالي مسطح**

جديد في منطقة الاكتوبيا أو الشتر بحيث يستر النسيج الابتليالي الاسطواني جزئياً أو كلياً بطبقة من نسيج ابتليالي مسطح فتي ورقيق ، حيث يمكن من خلالها مشاهدة الاوعية الدموية بشكل أوضح مما لو كانت هذه الطبقة أكثر سماكة ، أي مؤلفة من عدة طبقات بعضها فوق بعض • لذلك في الحالات التي تكون فيها منطقة التحول حديثة التشكل ، تبدو بلون أحمر قان أشد من اللون الذي تبديه المناطق الاخرى من سطح القسم المهبلي لعنق الرحم المستورة بغشاء مخاطي طبيعي • وعلى هذا الاساس فان فوهات الغدد للنسيج الابتليالي الاسطواني لا تلبث أن تغلق مكونة كيسات انحباسية Retentions zysten مملوءة بسائل مخاطي هي بيضات نابوتي Ovula Naboti وهي عبارة عن كيسات صغيرة ذات لون أصفر أو أصفر مبيض ، بارزة على سطح القسم المهبلي لعنق الرحم • تميز هذه الكيسات الانحباسية عند فحصها بمنظار المهبل المكبر ، برؤية الاوعية الدموية وتفرعاتها الممتدة والمتعرجة على شكل يشبه الشجرة وأغصانها (يمكن مشاهدة بيضات نابوتي الكبيرة بالعين المجردة) • أما اذا كان النسيج الابتليالي الاسطواني (أي الشتر أو أكتوبيا) مغطى بشكل جزئي بالنسيج الابتليالي المسطح ، تبدو عندئذ منطقة التحول بمنظار المهبل المكبر على شكل جزر صغيرة من النسيج الابتليالي الاسطواني مع فوهات الغدد المفتوحة •

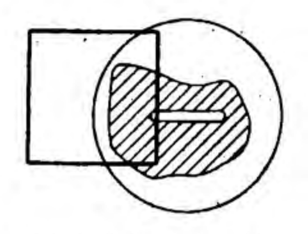




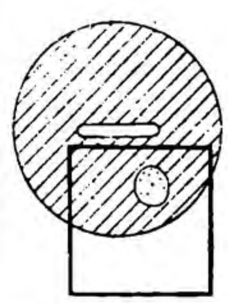
الشكل (٤٥) غشاء مخاطي طبيعي لعنق الرحم

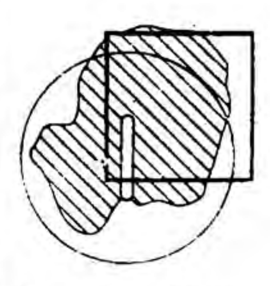
الشكل (٤٦) اكتوبيا (بعد مسح العنق بمحلول ٣٪ من حامض الخل)

الشكل (٤٧) منطقة تحول وصفية حذاء الفوهة الظاهرة
لعنق الرحم (حالة سليمة)

الشكل (٤٨) منطقة تحول قديمة مع وجود بيضة نابوتي
متوضعة في الناحية اليسرى للشفة الخلفية لعنق الرحم .

الشكل (٤٩) منظر للطخة البيضاء متوضعة على الشفة الامامية والشفة الخلفية لعنق الرحم ٠

٢ ـ الحالات المشتبه بها :

آ ـ **اللطخة البيضاء** Leukaplakie ، تبدو بمنظار المهبل المكبر على شكل لطخة أو بقعة بيضاء اللون ، بارزة واضحة الحدود ، ذات سطح خشن وقد تكون أحيانا متعددة ٠ كما قد تبدو في بعض الحالات بمظهر ناعم لا يمكن التعرف عليها الا بلونها الصدفي اللامع ٠ أما من الناحية النسجية ، فهي عبارة عن نسيج ابتليالي مسطح تحولت خلاياه الى خلايا نظيرة التقرن Parakeratoes أو خلايا متقرنة فعلا ٠ يمكن لهذا النسيج الابتليالي أن يكون من نوع النسيج الابتليالي الشاذ غير المشتبه به ، الذي يتألف من خلايا غير وصفية تشاهد فيها التبدلات الخلوية على مختلف أنواعها (بدءً من سوء التصنع الخلوي حتى الخلايا المتسرطنة للسرطان في المكان) ٠ هذا ويمكن للطخة البيضاء أن تستر منطقة سرطانية صغيرة من نوع السرطان الاجتياحي ، لذا تعتبر اللطخة البيضاء حالة مشتبه بها ، تحتاج الى فحص نسجي لنفي أو اثبات وجود الآفة السرطانية ٠ يقول مستفرت (Mestwerdt) يجب أن لا نثق باللطخة البيضاء بتاتاً ٠

ان أهمية اللطخة البيضاء لا تكمن في كونها لطخة بيضاء ، بل في احتمال وجود نسيج سرطاني تحتها •

تعتبر اللطخة البيضاء عندما تكون واسعة (وهذا نادرا) ، الحالة الوحيدة، من الحالات المشتبه بها بعد الفحص بمنظار المهبل المكبر، التي يمكن مشاهدتها بالعين المجردة •

ب ـ القاع : Grund ويفضل تسميتها التنقط Punktierung وتأتي هذه التسمية من أنه اذا أزيلت اللطخة البيضاء بدت غالباً تحتها منطقة منقطة، ويمكن تسميتها أيضا قاع اللطخة البيضاء Leukoplakiegrund • كما يمكن أن تبدو تحت اللطخة البيضاء أيضا منطقة مخططة أي التخطط أو منظر الحقل Felderung • هذا وتكون هذه المنطقة بشكل عام بعد إزالة اللطخة البيضاء عميقة بالنسبة لسطح النسيج المحيط بها ، وعند فحصها بمنظار المهبل المكبر تشاهد نقاط صغيرة حمراء وصفية هي عبارة عن ذرى أو نهايات الاوعية الدموية التي تسير بشكل متعرج ضمن نسيج حليمي مرتفع عن سطح النسيج الطبيعي المجاور • والواقع أن القاع لا تشاهد فقط بعد انقلاع اللطخة البيضاء بل الاغلب دون وجود هذه اللطخة أو قربها ، وفي هذه الحالة تكون منطقة القاع أقل عمقاً بالنسبة للنسيج المحيط بها مما هي عليه في الحالة الاولى • كما يمكن أن تكون منطقة القاع مرتفعة عن سطح النسيج الذي يحيط بها ، على هيئة لطاخة خشنة الملمس تسترها حبيبات تشبه حبة الشعير أو حبة الرز ، وتكون الاوعية الدموية الشعرية في هذه الحالة أضخم مما هي عليه في حالة القاع العادية ، كما أنها تعتبر من الناحية النسجية حالة سرطان اجتياحي •

جـ ـ موزاييك Mosaik أو التخطط أو منظر الحقل Felderung أو منظر رقعة الشطرنج : هو عبارة عن ساحات صغيرة تشبه قطع الموزاييك متصلة ببعضها البعض بشكل منتظم ، إلا أن أشكالها مختلفة تفصل بينها

خطوط رقيقة • يشاهد الموزاييك في منطقة النسيج الابتليالي المسطح لظاهر العنق سواء على منطقة الاكتوبيا أو خارجها ، كما يمكن مشاهدته في أغلب الاحيان بالعين المجردة وبخاصة اذا مسح بمحلول ٣٪ من حمض الخل حيث يبدو بلون فاتح ، وهذا ما نشاهده أيضا في القاع Grund أي التنقط كما ذكرنا سابقا • يمكن أن يكون الموزاييك أي التخطط خفيفاً بحيث تصعب مشاهدته ، الا أنه باستعمال محلول لوغول يصبح واضحاً إذ لا يأخذ اللون البني الغامق (اختبار اليود سلبي) ، بعكس النسيج الذي يحيط به والذي يأخذ اللون البني الغامق (اختبار اليود ايجابي) •

يجب الانتباه بشكل خاص الى الموزاييك الذي تقرنت خلاياه، وكذلك الى الذي تنتبج خلاياه، بعد مسحها بمحلول حمض الخل، لأن هذه الحالات هي عبارة عن نسيج ابتليالي ذي خلايا غير وصفية حيث يمكن العثور بينها على تبدلات خلوية مختلفة (بدءً من سوء التصنع الخلوي حتى الخلايا السرطانية للسرطان في المكان) ، أو على خلايا سرطانية من نوع السرطان الاجتياحي •

هذا ويمكن الانتظار قبل اجراء الفحص النسجي في حالات الموزاييك اذا كانت ملساء جدا (غير خشنة السطح) ، ومنتظمة ، ولا يرتفع مستوى النسيج المحيط بها عن مستواها ، شريطة أن توضع تحت المراقبة الشديدة ، غير أن من الافضل حسب رأي بعض الباحثين اجراء الفحص النسجي مباشرة لنفي أو اثبات التشخيص •

ان ما يشاهد من الناحية النسجية ان كان ذلك في حالات القاع أو في حالات الموزاييك، عبارة عن نسيج ابتليالي مسطح يمتد على هيئة كتلة عرنوسية الشكل داخل قناة الغدد الموجودة ضمن منطقة التحول ، حيث يملأ الغدة دون أن يؤدي ذلك الى اجتياح النسيج الضام الموجود حولها • أما اذا

كانت منطقة التحول غير موجودة أساساً ، تمتد عندئذ تلك الكتلة العرنوسية المذكورة بين حليمات النسيج الضام ، حيث تنضغط تلك الحليمات فتدق نهاياتها لتبرز أعلى من مستوى النسيج الضام الطبيعي المجاور ، ولذا سميت بالحليمة أو الحليمات ، ويكون النسيج الابتليالي الذي يغطيها رقيقاً يسمح برؤية اللحمة بلونها الاحمر بوضوح .

يؤدي امتداد الكتلة العرنوسية الشكل اذا كانت عريضة الى تباعد الحليمات المذكورة عن بعضها البعض ، مما يتيح لنا عند الفحص بنظار المهبل المكبر مشاهدة حالة التنقط التي هي عبارة عن منظر ذري الحليمات ، وهكذا تتضح لنا كيفية تكون منظر القاع . أما اذا كانت الكتلة العرنوسية غير عريضة ، بقيت الحليمات على نفس مسافاتها الطبيعية عن بعضها البعض ، متصلة فيما بينها بخطوط تأخذ منظرا شبكياً ، مما يتيح لنا أيضا عند الفحص بمنظار المهبل المكبر مشاهدة حالة الموزاييك أو التخطط، وبذلك يتضح لنا كيفية تكون حالة الموزاييك أو منظر الحقل أو رقعة الشطرنج .

د ــ منطقة التحول غير الوصفية Atypische Umwandlungszone
لقد كان يعتقد في الماضي أن منطقة التحول هي حالة سليمة ، الا أن غلاتهار (Glatthaar) نبه عام ١٩٥٠ الى وجوب التمييز بين منطقة التحول الوصفية التي تعني حالة سليمة ، وبين منطقة التحول غير الوصفية التي أثبت من خلال خبرته أنه تحت صورتها تكمن نصف مجموع حالات النسيج الابتليالي غير الوصفي ، وحالات السرطانات السطحية أي السرطان في المكان (Garcinoma in Situ) . تبدو منطقة التحول غير الوصفية عند فحصها بمنظار المهبل المكبر كمساحة كثيرة الاشكال والنماذج، وتشبه بساطاً مضطرب الصور والاشكال، وتظهر المنطقة المشتبه بها بلون باهت عكر أو بلون زجاجي لماع ، تسير فيها أوعية دموية كثيرة بشكل مشوش وعديم الانتظام ، واذا مسحت بمحلول حمض الخل تحول لونها من أحمر الى أبيض . هذا ويعتبر

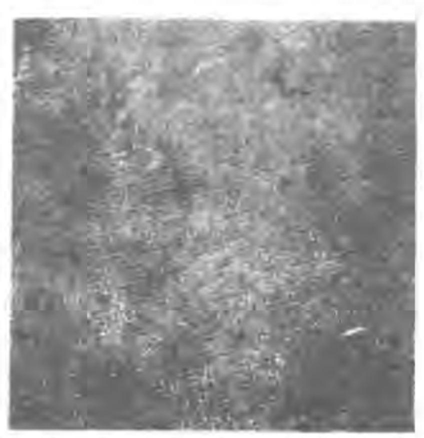
سير الأوعية الدموية غير الوصفي والمشوش علامة هامة من علامات التكاثر الورمي الخبيث للنسيج الابتليالي ، لـذا ينصح كرامر (H. Cramer) بالتفكير بخبث نمو النسيج الابتليالي بمجرد مشاهدتنا تكاثـرا في الاوعية الدموية في منطقة التحول • يمكننا اجمال العلامات التي تشاهد بمنظار المهبل المكبر لحالات السرطان الاجتياحي بما يلي :

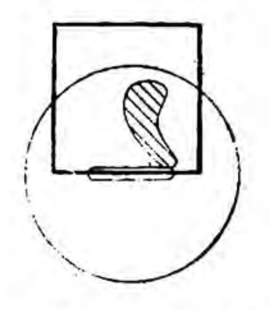
١ ـ تكون الحليمات ونموها وانتشارها بشكل غير منتظم •

٢ ـ وجود أوعية دموية غير وصفية حيث تنمو بشكل غير منتظم ومشوش ، مع وجود أوعية شعرية حلزونية الشكل •

٣ ـ نشوء أنسجة جديدة ذات ارتفاعات مختلفة زجاجية شـحمية ذات لون متسخ •

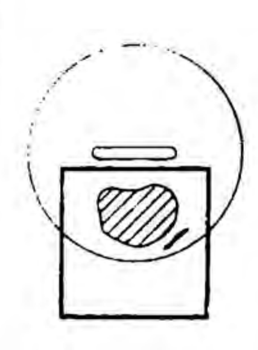
٤ ـ وجود تقرحات تميل الى النزف بسهولة •



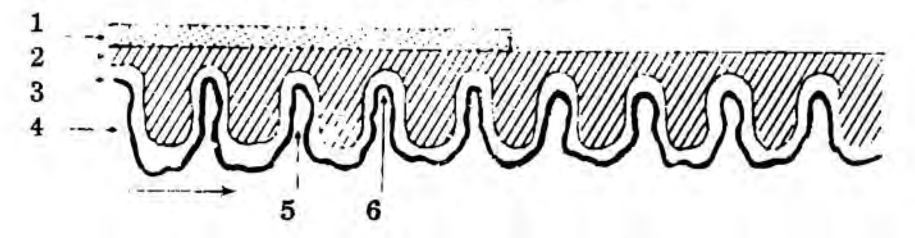


الشكل (٥٠) منظر القاع أو التنقط متوضع في وسط الشفة الامامية لعنق الرحم بمساحة ٣ × ٥ مم .





الشكل (٥١) منظر التخطط متوضع في وسط الشفة الخلفية لعنق الرحم بمساحة ١٢ × ٨ مم .



الشكل (٥٢) منظر ترسيمي (شيما)

لكيفية نمو النسيج الابتليالي في حالتي القاع والتخطط :

١ ـ الطبقة المتقرنة = اللطخة البيضاء .

٢ ـ النسيج الابتليالي .

٣ ـ الاوعية الشعرية .

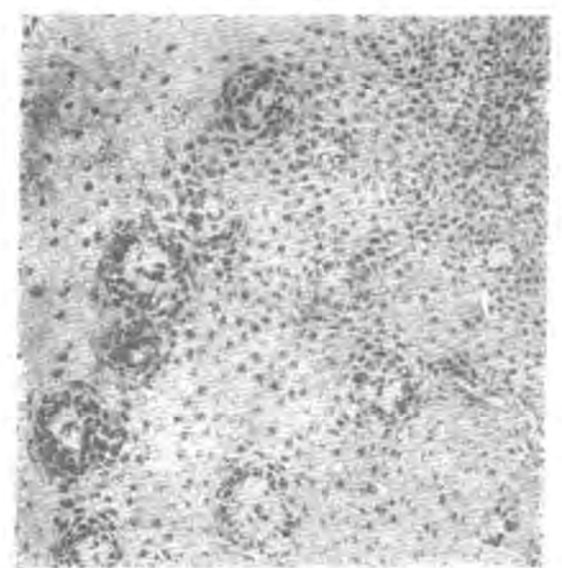
٤ ـ النسيج الضام = اللحمة .

٥ ـ حليمة اللحمة .

٦ ـ اوعية دموية متعرجة في حليمة اللحمة

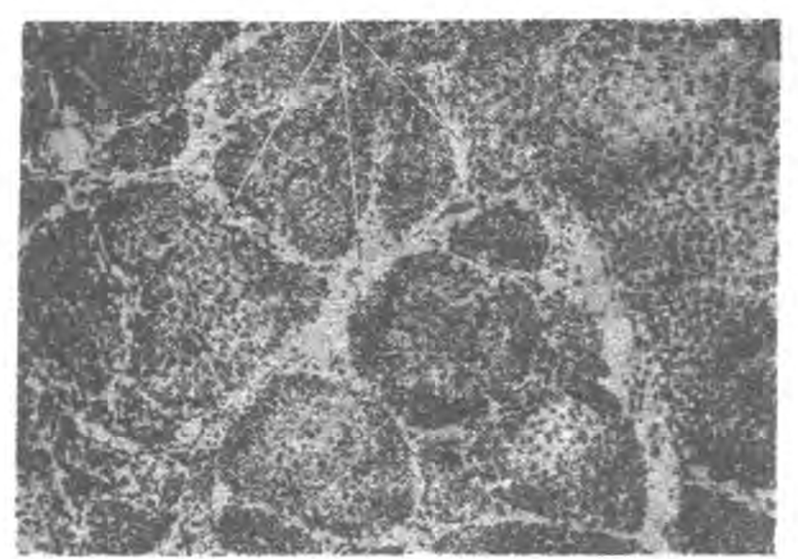
هـ ـ **الأثتكال الحقيقي** : **Erosio vera** هو عبارة عن منطقة غير وصفية محمرة بشدة تبدو بمنظار المهبل المكبر بشكل دائري محدود عار تماما من النسيج الابتليالي . إذاً هي عبارة عن منطقة زال نسيجها الابتليالي **Epitheldefekt** ، ويعود زوال هذا النسيج أما إلى استعمال بعض الاجهزة (مثلا وضع الكعكة في حالات السقوط التناسلي) ، أو الى سقوطه عفويا

(كنسيج ابتليالي سرطاني سطحي) يكون النسيج المؤتكل في المنطقة المصابة غالباً نسيجاً ضاماً، كما تظهر منطقة الأئتكال الحقيقي عند فحصها بمنظار المهبل المكبر محاطة باطار واضح الحدود مكون من نسيج ابتليالي مسطح • هذا ومن الممكن كشف وجود ورم صغير سرطاني في منطقة الأئتكال الحقيقي ، أي ان الحالة ليست عبارة عن زوال النسيج الابتليالي كما ذكرنا فقط ، بل هي حالة سرطانية فعلا ، ويستند في تشخيص ذلك الى العلامات التالية :



الشكل (٥٣) منظر القاع أو التنقط وقد اخذت الحليمات شكل كرات منفردة . بالفحص بمنظار المهبل المكبر تكون ذرى حليمات اللحمة مرئية لان هذه الذرى (على شكل رأس مسمار) والتي هي عبارة عن الاوعية الشعرية المتعرجة تبدو في القسم العلوي للحليمات على هيئة تنقطات حمراء لامعة كنتيجة لرقة طبقة النسيج الابتليالى التي تغطيها = التنقط أو القاع .

١ ـ عدم انتظام مسير الاوعية الدموية ، اذ تصبح مشعبة تتجمع أحيانا على شكل حزم شاذة المنظر حلزونية ومشوشة المسير ، أقطارها غير منتظمة ، ذات تضاريس مختلفة الارتفاع •



الشكل (٥٤) التخطط : في هذا المنظر لا تتوضع الحليمات على هيئة كرات متفرقة بين استطالات النسيج الإبتليالي بل أخذت شكل اطار محيط بالنسيج الابتليالي (a) حيث تتصل هذه الأطر مع بعضها البعض على شكل شبكة وهذا الشكل الشبكي هو الذي يعطي منظر التخطيط الذي يشاهد عند اجراء الفحص بمنظار المهبل الكبير .

٢ ـ تكون منطقة الائتكال خشنة ذات مستويات مختلفة على شكل سطح ذي عقيدات (يبدو سطحها اذا نظرنا اليه من أعلى كمنطقة جبلية) •

٣ ـ يكون النسيج الابتليالي المسطح الذي يحيط بمنطقة الائتكال نسيجا غير وصفي ، كما ان النسيج الابتليالي الذي كان يستر منطقة الائتكال (إذا أمكن فحصه) يبدي تبدلات غير وصفية متفاوتة، الا أن العلامة الحقيقية المعتمدة في التشخيص تقوم على الفحص النسجي فقط •

ج ـ تنظير المهبل المجهري Kolpomikroskopie :

وهي الطريقة الثالثة من طرق التحري ، وقد كشفت عام ١٩٤٩ وتقوم على فحص القسم السطحي لعنق الرحم بعد تلوينه ، باستعمال مجهر خاص

يدخل في المهبل ويستطيع أن يكبر الجزء المفحوص (٢٠٠) مرة ، بحيث يمكن مشاهدة تبدلات الخلايا والنويات منذ بدايتها (تعدد أشكال النويات ، ازدياد الكروماتين أو نقصه ، اختلاف العلاقة بين الهيولى والنواة ... وغير ذلك) .

ملاحظة : في الحالات المشتبه بها عند الفحص بمنظار المهبل المكبر ، يجب عدم اللجوء مباشرة الى الخزع القمعي لعنق الرحم Cervixconisation لوضع التشخيص ، بل يكتفي بأخذ خزعة صغيرة من المنطقة المشتبه بها واجراء تجريف قناة عنق الرحم ثم اجراء الفحص النسجي ، (يوجد ملقط خاص يستعمل لأخذ الخزعة الصغيرة من العنق) ، فاذا كانت نتيجة الفحص لا تزال تدل على الاشتباه يلجأ عندئذ الى اجراء خزع العنق القمعي لوضع التشخيص النهائي . أما اذا ثبت أن المنطقة المشتبه بها عند الفحص بمنظار المهبل المكبر عبارة عن تبدلات خلوية سليمة، ثم ثبت أيضا بفحص لطاخة مهبلية، فينصح الكثيرون عندئذ بتطبيق التخثير الكهربائي على هذه المنطقة أو تطبيق التخثير بالتبريد ، وتعتبر هذه المعالجة ضرورية على أساس انها معالجة وقائية ضد التبدلات السرطانية التي يمكن أن تحدث على حساب هذه المنطقة في المستقبل.

استعمال طرق التحري :

يلجأ أكثر الاخصائيين لتحري الآفات السرطانية المبكرة بشكل روتيني الى الفحص الخلوي (فحص لطاخة) ، أما الفحص بمنظار المهبل المكبر فيأتي كفحص اضافي للفحص الخلوي . والواقع أنه في حالة الاعتماد فقط على الفحص بمنظار المهبل المكبر نجد حالات تستوجب اجراء الفحص الخلوي ، وذلك في الحالات التي تكون فيها الحدود الفاصلة بين النسيج الابتليالي المسطح والنسيج الابتليالي الاسطواني غير ظاهرة للعيان (تقع داخل قناة عنق الرحم) وهذا ما نجده عند النساء المتقدمات في السن . لهذا يفضل اجراء الطريقتين المذكورتين عند فحص أية امرأة كانت ، لانه في تطبيقهما معاً تزداد امكانية التوصل الى كشف الآفات المبكرة بزيادة (١٠ ــ ١٥٪) مما لو استعملنا طريقة واحدة منهما فقط . وتجري الفحوص بالتسلسل التالي :

أولا : الفحص الخلوي (أخذ لطاخة) •
ثانيا : تنظير عنق الرحم بمنظار المهبل المكبر •
ثالثا : المس المهبلي المشروك بالجس البطني •

هذا ويجب على الطبيب أن يأخذ بعين الاعتبار ما يلي :

١ ــ في كل فحص نسائي يجب فحص عنق الرحم بالنظر باستعمال منظار المهبل العادي Spekulum

٢ ــ كل امرأة يجب أن تخضع الى الفحص الخلوي مرة واحدة في السنة (حتى اذا لم تكن تشكو من أية أعراض أو تبدي بفحص عنق الرحم بالنظر أية علامة غير طبيعية) •

٣ ــ في كل فحص نسائي يجب اجراء المس المشروك بالجس •

ملاحظة : يعتبر كل فحص نسائي دون اجراء الفحص الخلوي أو الفحص بمنظار المهبل المكبر فحصاً ناقصاً • هذا ويجب أن يفكر الطبيب لدى وجود أي نزف بالدرجة الاولى بآفة سرطانية ، الا أنه لا يطلب منه وضع تشخيص نهائي للآفة السرطانية بل يطلب منه كشف الحالات المشتبه بها لاجراء الفحوص اللازمة لها بعد ذلك والتوصل الى التشخيص الصحيح • وبذلك يكون الطبيب قد قدم الخدمة المطلوبة منه في الوقت المناسب وساعد على التوصل الى انقاذ المريضة وشفائها شفاء تاماً •

يعتبر الفحص الخلوي للنساء اللواتي يكون عنق الرحم عندهن مشتبهاً به عند فحصه بالنظر فقط (بواسطة منظار المهبل العادي Spekulum) أمراً ضرورياً ، لأنه بالنسبة لبعض الاحصائيات لا يكشف الفحص بالنظر أكثر من ٢٥٪ من الحالات التي يكون النسيج الابتليالي فيها متبدلا ، منذ سوء التصنع الخلوي حتى بداية حدوث التسرطن ، وبذلك نكون قد فوتنا على المريضة فرصة في الشفاء لا تعوض • وعلى هذا الاساس ننصح باجراء فحص نسائي

مرة في السنة لكافة النساء اللواتي هن في سن الخامسة والعشرين فما فوق ، مع أخذ لطاخة مهبلية وفحصها خلوياً ، وهذا ما تطبقه بعض الدول المتقدمة ؛ كما ينصح الكثيرون بفحص الثديين أيضا وتحري حالتهما عند هؤلاء النسوة.

٢ ـ طريقة التشخيص النهائي :

تقوم هذه الطريقة على اجراء الخزع القمعي لعنق الرحم Cervixonisation وفحص المادة المأخوذة نسجياً . وتعتبر هذه الطريقة حاليا الطريقة المثلى لوضع التشخيص النهائي بالنسبة للتشخيص الذي يحصل عليه بواسطة طرق التحري الاخرى (الفحص الخلوي + تنظير المهبل المكبر + فحص الخزعة الصغيرة) وذلك عند فحص نسيج ابتليالي غير وصفي توضع على سطح عنق الرحم .

شروط اجراء الخزع القمعي لعنق الرحم :

١ ـ تنظير المهبل المكبر + الخزعة الصغيرة :

ويعني ذلك اجراء تنظير المهبل المكبر ثم فحص الخزعة الصغيرة (أو اجراء تجريف قناة عنق الرحم) ، فاذا دلت نتيجة الفحص النسجي للخزعة أو للمادة المجرفة على الامور التالية :

آ ـ الاشتباه بوجود سرطان اجتياحي .

ب ـ اثبات وجود السرطان في المكان .

جـ ـ اثبات وجود سوء التبدل الخلوي من الدرجة العالية .

د ـ بقاء سوء التبدل الخلوي من الدرجة البسيطة في عدة فحوص متكررة .

في هذه الحالات فقط يجب اجراء الخزع القمعي لعنق الرحم .

ملاحظة : ان وجود الاشتباه نتيجة لتنظير المهبل المكبر لايدعو مطلقا الى اجراء الخزع القمعي .

٢ ـ الفحص الخلوي :

اذا ثبت وجود التبدلات الخلوية بعد اجراء الفحص الخلـوي مرتين متتاليتين على الاقل يجب عندئذ اجراء الخزع القمعي •

طريقة اجراء الخزع القمعي لعنق الرحم :

يشترط في اجراء الخزع القمعي لعنق الرحم بشكل صحيح، استئصال المنطقة التي حدثت فيها التبدلات الخلوية استئصالاً كاملاً •

ولتعيين هذه المنطقة المصابة بشكل دقيق يلجأ إلى تطبيق طريقة شيللر في اختبار اليود ، ثم يجري الشق بشكل يسمح باستئصال كافة المنطقة التي تلونت باللون البني الغامق (اختبار اليود ايجابي)، وحسب رأي اوبر (Ober) يجب استئصال كافة المناطق الغدية أيضا (النسيج الابتليالي الاسطواني) المتوضعة على سطح العنق • هذا وبما ان المنطقة التي ينشأ فيها سرطان العنق في ٩٠٪ من الحالات ، هي منطقة النسيج الابتليالي المسطح المجاور للنسيج الابتليالي الاسطواني أو المتوضع عليه، لذلك يجب استئصال النسيج الابتليالي المسطح السليم أيضاً (اختبار اليود ايجابي) إذا تخللته فوهـات غدية أو كيسات صغيرة ، لذلك تطبق الشروط التالية :

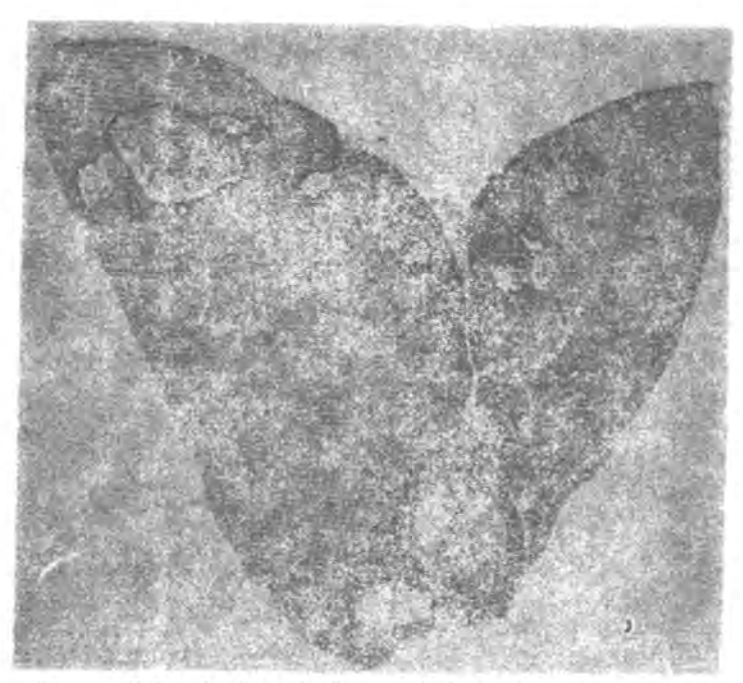
يجب أن يكون موضع الشق :

١ ـ خارج ساحة المنطقة التي لم تتلون باليود ومحيطا بها تماما •

٢ ـ تستأصل أيضا مناطق النسيج الذي تلون باليود إذا كان حاويا على كيسات نابوتي أو فوهات غدية (نسيج ابتليالي اسطواني) •

ملاحظة هامة : يختلف شكل الخزعة القمعية باختلاف كون المريضة في سن النشاط التناسلي أو في سن اليأس والشيخوخة ، اذ تكون الحدود الكائنة بين النسيج الابتليالي المسطح والنسيج الابتليالي الاسطواني حيث

ينشأ سرطان العنق كما ذكر ، في سن اليأس والشيخوخة داخل قناةالعنق، بينما تكون تلك الحدود في سن النشاط التناسلي خارج قناة العنق، أي على السطح الظاهر لعنق الرحم •



الشكل (٥٥) محضر لقطعة نسجية مأخوذة بطريقة الخزع القمعي لحالة سرطان سطحي عند امرأة في الخمسين من العمر وقد احتوت القطعة النسجية على المنطقة المصابة تحيط بها منطقة نسجية سليمة .

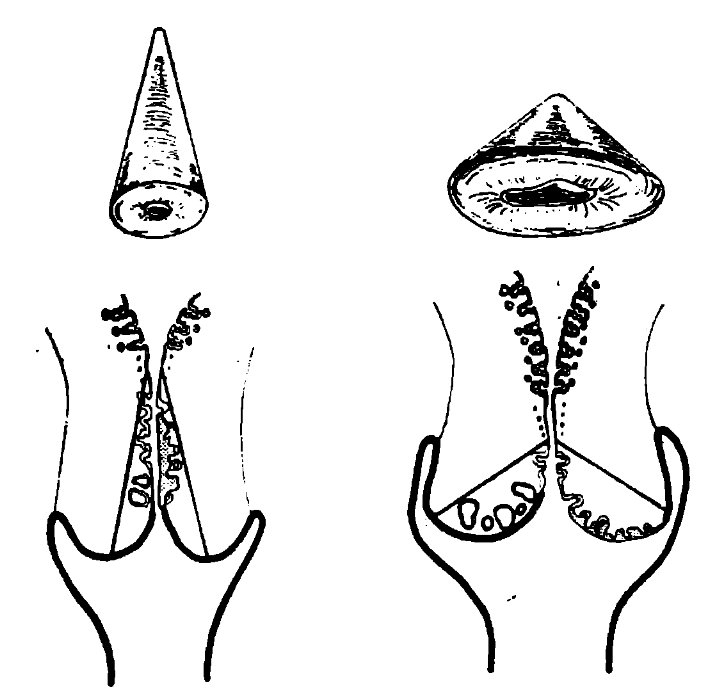
معالجة الحالات المبكرة = السرطانات ما قبل السريرية :

Therapie der Frühfaelle = der Praeklinischen Karzinome
Therapy of the early cases.

١ ــ معالجة السرطان في المكان : **Therapie des Karzinoma in Situ**
Therapy of the Carcinoma in Situ

تختلف المعالجة بالنسبة لسن المرأة وذلك كما يلي :

١ ــ النساء الشابات : يعتبر اجراء الخزع القمعي لعنق الرحم وسيلة



الشكل (٥٦) سن النشاط التناسلي   الشكل (٥٧) سن اليأس

▭ = سرطان في المكـان

ـــ = نسيج ابتلياني طبيعي

للتشخيص كما هو طريقة للمعالجة ، ويكتفي بهذا الاستئصال شريطة تطبيقه حسب الشروط المذكورة سابقاً ، على أن توضع المريضة تحت المراقبة وتفحص كل ثلاثة أشهر بتنظير المهبل المكبر وبالفحص الخلوي ، ثم تفحص بعد ذلك كل (٤ ـ ٦) أشهر إذا لم يظهر أي تبدل نسجي يدل على تجدد الاصابة .

٢ ـ في النساء المسنات اللواتي هن بحدود سن الاربعين :

تقوم المعالجة على استئصال الرحم مع المحافظة على المبيضين ، ويفضل أن يكون الاستئصال عن طريق المهبل ، كما ينصح باستئصال جزئي للمهبل اذ أثبت بعض الباحثين حالات نكس مهبلية بعد استئصال الرحم .

٣ ـ النساء في سن انقطاع الطمث Menopause : تقوم المعالجة أيضا على استئصال الرحم ، وعلى تطبيق أشعة الراديوم بكميات أقل من التي تطبق في الحالات السرطانية الأخرى •

ملاحظة : أما عند النساء الحوامل فيمكن اجراء الخزع القمعي لعنق الرحم دون أن نخشى من الاساءة الى الحمل لان القمع المستأصل يكون سطحياً بحيث يحافظ العنق على بقائه مغلقاً وبالتالي على بقاء الجنين دون أن يصاب بأي تأثير سيء •

٢ ـ معالجة الحالات السرطانية في بدايتها ومعالجة السرطان الاجتياحي المبكر :

Therapie beim beginnenden und beim Frühinvasiven Karzinom

تعتبر الآفة السرطانية في هذه الحالات آفة صغيرة، وبمعنى آخر ان الارتشاح السرطاني لم يستول الا على منطقة صغيرة ومحدودة ، الا أن أكثر الباحثين يعتمدون المعالجة الجذرية (Radikal) • ولكن بدأت في السنين الاخيرة تطرح بعض الأسئلة بالنسبة لهذه المعالجة الجذرية ، حيث يتساءل البعض عن ضرورة هذه المعالجة الجذرية وتحمل أخطارها بسبب ما ينجم عنها من الوفيات والتشوهات والعواقب السيئة رغم بساطة الآفة ، الا أن المناقشة تقف عند حدود تعيين الآفات الصغيرة وتمييزها عن الآفات الأخرى التي تستوجب تلك المعالجة الجذرية وان لم يتفق بعد على تعيين الآفات الصغيرة وتمييزها بشكل واضح عن الآفات الاخرى • الا أن الكثيرين في الوقت الحاضر أصبحوا يعتقدون بعدم ضرورة تطبيق المعالجة الجذرية في السرطان الاجتياحي المبكر ، علما بأن الخطر الذي تتعرض له المرأة في نكس الآفات السرطانية يبقى قائماً إذا لم تطبق المعالجة الجذرية المذكورة •

المجموعة الثانية
أو سرطانات عنـق الرحم السريرية =
سرطانات عنق الرحم التي تشخص بالعين المجردة

B : Das klinische zervixkarcinom =
das markroskopiseh erkennbare cervixkarcinom
Clinical cases of cervixcarcinoma

تشمل هذه المجموعة سرطانات عنق الرحم التي يمكن لأي طبيب ممارس بتشخيصها منذ الوهلة الاولى ، دون الحاجة الى الاستعانة بوسـائل خاصة وهذا يعني :

١ ـ تشخيصهـا بالعـين المجردة أي بالفحـص بالمنظـار العـادي (Spekulum)

٢ ـ تشخيصها بالاصابع أي بالمس (المهبلي والشرجي) مع مساعدة مسـبار كروباك (Chrobak-Sonde)

طريقة كروباك في استعمال المسبار :

تقوم هذه الطريقة على الضغط الخفيف بمسـبـار على المنطقة المشتبه بها من عنق الرحم فيدخل بسهولة (كما يدخل في العجين) إذا كانت الاصابة سرطانية فعلا، الا ان عدم دخوله لاينفي وجود السرطان الذي يكون متوضعاً خلف الطبقة السطحية لعنق الرحم •

ملاحظـة : يجب أن لا يكتفي بالفحص الخلوي (فحص اللطاخـة) فقط في الحالات المترافقة بأعراض سريرية تدل على الاصابـة بسرطان عنق الرحم ، لأن ذلك يمكن أن يؤدي الى ايقاع الطبيب في الخطأ بحيث يخفى عليه تشخيص سرطان عنق الرحم ، بينما لو استعمل بعض الطرق البسيطة (مثلا مسبار كروباك) فانه سوف يشخص الآفة حتماً • لهذا يؤكد بشيره مبل (Pschyrembel) على استعمال مسبار كروباك دائما في فحوص التحري•

والواقع أن تشخيص الآفة السرطانية يسهل كلما تقدمت هذه الآفة ،

إلا أن التشخيص بالنظر أو بالمس رغم وجود علامات سريرية مرافقة يبقى دائماً تشخيصاً احتمالياً ، والتشخيص الحقيقي فقط هو التشخيص النسجي بفحص خزعة مأخوذة من المنطقة المشتبه بها ، أو بفحص المادة المجرفة من باطن عنق الرحم ٠

أشكال نمو سرطانات عنق الرحم السريرية :

ان ٩٥٪ من سرطانات عنق الرحم هي سرطانات النسيج الابتلياني المسطح و ٥٪ هي سرطانات غدية Adenocarcinom الا أن هذه السرطانات جميعها تنمو بثلاثة أشكال :

١ ــ السرطان الباطني لعنق الرحم Endophyt

٢ ــ السرطان الظاهري لعنق الرحم Exophyt

٣ ــ العقد العميقة لعنق الرحم Tiefer kollumknoten أو السرطان البرميلي Tonnenkarzinom ويمثل الشكلان الاول والثاني أشكال سرطان القسم الظاهر لعنق الرحم ، أي القسم المهبلي لعنق الرحم Portiokarzinom أو سرطان القسم الباطن لعنق الرحم بينما يمثل الشكل الثالث سرطان جوف عنق الرحم ٠

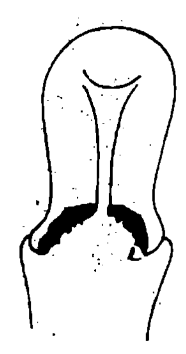
١ ــ سرطان القسم الظاهر لعنق الرحم : Portiokarzinom

أو سرطان القسم المهبلي لعنق الرحم Karzinom der Ektozervix

آ ــ السرطان الباطني للعنق Endophyt وهو عبارة عن نمو الخلايا الابتليالية المسطحة المتسرطنة والواقعة على سطح ظاهر العنق بحيث يتجه هذا النمو نحو الباطن ، مع تحول عنق الرحم بكامله الى عقدة ورمية قاسية ٠ اننا نعني بالنمو نحو الباطن نمو الخلايا السرطانية على حساب النسيج الضام والنسيج العضلي لتتكاثر ضمن نسيج عنق الرحم ، مؤدية بتوضعها على السطح ثم اتجاهها نحو الداخل الى تضخم القسم الظاهر لعنق

الرحم ، ثم الى تضخم العنق بكامله بحيث نشعر عند المس المهبلي بازدياد ثخنه وبقساوته .

> يبدو السرطان الباطني للعنق بالمس المهبلي على شكل عقدة ورمية ثخينة قاسية تشمل قسماً من العنق أو العنق بكامله .

الشكل (٥٨)   الشكل (٥٩)

الشكل (٥٨) نمو السرطان الباطني لعنق الرحم وتشكل العقدة الورمية

الشكل (٥٩) تصاب العقدة الورمية السرطانية للسرطان الباطني بالتموت وبعد انطراح النسج المتموتة تتشكل مكانها القرحة السرطانية التي يزداد اتساعها وعمقها بازدياد انطراح النسج المتموتة فتتشكل الفوهة **Krater** .

إلا أنه في كثير من الحالات قد لا يشعر عند المس المهبلي بتلك العقدة الورمية الثخينة القاسية بوضوح ، وليس نادرا في بعض الحالات الاخرى أن لا يشعر بأي تبدل في العنق ، وأن كل ما نشاهده بالفحص بالعين المجردة عبارة عن تقرح سطحي . كما نشعر بالمس المهبلي بقساوته الوصفية أو بعقدة صغيرة تميل الى القساوة . يصاب السرطان الباطني للعنق **Endophyt** بالتموت ، ثم لا تلبث هذه الاقسام المتموتة أن تنطرح مكونة تقرحاً أتكالياً سطحياً يسمى القرحة السرطانية Ulcus carcinomatosum ، **تتصف غالباً**

بقاعدتها القاسية ، ثم يزداد انطراح النسج المتموتة مما يؤدي الى اتساع وعمق القرحة السرطانية التي تصبح على شكل فوهة Karter واسعة ذات حدود قاسية تنبعث منها رائحة تننة وصفية .

ب ـ السرطان الظاهري للعنق Exophyt

أو السرطان القنبيطي Blumenkohl karzinm





الشكل (٦٠) والشكل (٦١)
السرطان الظاهري للعنق او السرطان القنبيطي

وهو عبارة عن نمو الخلايا الابتليالية المسطحة المتسرطنة الواقعة على سطح ظاهر العنق بحيث يتجه نموها نحو الظاهر ، بعكس السرطان الباطني للعنق . كما يتميز بالتكاثر الشديد للنسيج الابتليالي والنسيج الضام مشكلا ورماً في جوف المهبل يشبه زهرة القنبيط، وقد يزداد حجم هذا الورم الى حد يملأ المهبل بكامله . هذا ويتجه نمو السرطان الظاهري للعنق أيضا نحو الباطن في نفس الوقت الذي يتجه فيه نحو الظاهر كما ذكرنا ، لذا يمكن القول أيضا أنه سرطان ظاهري وباطني للعنق ، الا أنه يتميز عن السرطان الباطني للعنق بميله الشديد الى التفتت والانطراح مؤدياً الى تشكيل فوهة قرحية عميقة ، كما يتميز أيضا بتأثره الشديد بالاشعة التي تذيبه (كما تذوب قطعة الزبدة تحت أشعة الشمس) .

٢ ـ سرطان القسم الباطن لعنق الرحم أو سرطان جوف عنق الرحم :
Karzinom der Endozervix

وهو عبارة عن سرطان القسم الباطن لعنق الرحم ، ونعني بذلك السرطان المتكون أعلى الفوهة الظاهرة لعنق الرحم داخل قناة العنق • يعتبر من الناحية العملية من أهم أنواع سرطانات العنق بسبب نموه المخفي بحيث لا يستطيع أن يرى الفاحص أي تبدل في مظهر سطح عنق الرحم البادي للعيان ، إذ يكون هذا السطح أملس طبيعي المظهر قد يخفى حتى على الطبيب الممارس، بحيث لا يعلم أن خلف هـذا السطح بعـدة ميلليمترات يختفي سرطان مميت في قناة العنق •

الاعراض السريرية : يختفي سرطان جوف عنق الرحم أو سرطان باطن العنق مدة طويلة نسبياً خلف واجهة سليمة من سطح ظاهر العنق ، دون أن يبدي العنق أيضاً أي تغير في شكله أو منظره ، والعلامة الوحيدة التي يمكن مشاهدتها هي النزوف مع ظهور أنسجة متموتة من الفوهة الظاهرة لعنق الرحم • لذا فان الضائعات المدماة أو النزوف أو ظهور أنسجة متموتة من الفوهة الظاهرة لعنق الرحم مع احتفاظ عنق الرحم بمنظره وحجمه وقوامه الطبيعي ، تعتبر من الاعراض التي تجعل الفاحص يشتبه بوجود سرطان باطن





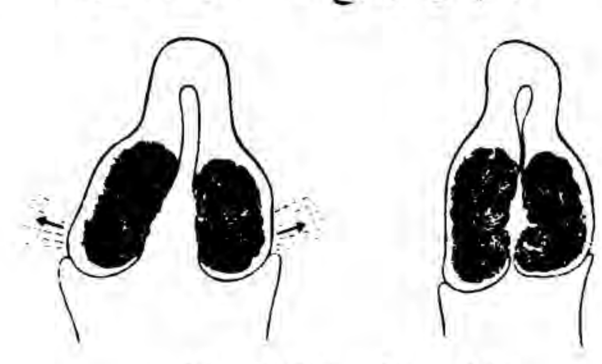
الشكل (٦٢) والشكل (٦٣)
سرطان جوف عنق الرحم أو سرطان باطن العنق ويشاهد غالبا عند النساء المتقدمات بالسن حيث تكون الحدود الفاصلة بين النسيج الابتليالي المسطح والنسيج الابتليالي الاسطواني واقعة داخل قناة عنق الرحم .

العنق أو سرطان جسم الرحم • وللتفريق بين هاتين الحالتين يلجأ الى التجريف المجزأ أي تجريف كل من عنق الرحم وباطن الرحم على حدة وفحص المادتين المجرفتين فحصاً نسجياً •

والواقع أن سرطان باطن العنق يشاهد غالبا عند النساء المتقدمات بالسن، حيث تكون الحدود الفاصلة بين النسيج الابتليالي المسطح والنسيج الابتليالي الاسطواني واقعة في القسم السفلي من قناة العنق ، على عكس ما يشاهد في النساء الشابات أو النساء اللواتي لم يزلن في سن النشاط التناسلي ، حيث تقع الحدود الفاصلة بين هذين النسيجين الابتلياليين على القسم الظاهر لعنق الرحم خارج قناة العنق • ينشأ سرطان باطن العنق في ٩٥٪ من الحالات على حساب النسيج الإبتليالي المسطح بينما ينشأ في ٥٪ من الحالات على حساب النسيج الابتليالي الاسطواني •

من كل ما تقدم نستنتج أن سرطان باطن العنق في بدايته لا يمكن مشاهدته بالعين المجردة أو بمنظار المهبل المكبر ، لوجوده داخل قناة العنق كما ذكرنا • هذا وبانتشار النسيج السرطاني الى الاقسام العميقة لغشاء باطن العنق، فانه سوف يكون عقيدات غير منتظمة معاستطالات تؤدي جميعها الى تكوين ما سميناه العقـد العميقة لعنـق الرحم **Tiefer Kollumknoten** التي يصل مجموع حجمها الى حجم الجوزة أو بيضة الدجاج الصغيرة ، مما يؤدي الى اتساع وضخامة العنق وبالتالي الى زوال منظر الحد الفاصل بين العنق وجسمالرحم، حيث يصبح شكلالعنق مشابها لشكلالبرميل، لذا يسمى أيضاً السرطان البرميلي **Tonnencarcinom** ، وعندما يأخذ سرطان باطن العنق هذه الصورة الوصفية يكون قد اجتاز مرحلة كبيرة ارتشح أثناءها في النسيج ما حول العنق ووصل الى حدود جدار الحوض • الا أنه رغم هذا الارتشاح وانتفاخ العنق مع تغير شكله وانقذاف النسج المتموتة من فوهته الظاهرة، فان السطح الظاهر لعنق الرحم يبقى أملس محافظاً على منظره الطبيعي ، غير أن الطبقة التي تختفي خلفها الآفة السرطانية ليست سـوى

طبقة رقيقة لا تلبث أن تتمزق ، فينتقل منظر سطح العنق من الشكل الأملس الى فوهة واسعة تدل على حالة متقدمة ميؤوس منها من حالات سرطان عنق الرحم • هذا ويشكل سرطان باطن العنق حسب بعض الاحصائيات (١٠٪ ــ ٢٥٪ ــ ٣٠٪) من مجموع حالات سرطان العنق •



الشكل (٦٤) والشكل (٦٥)
السرطان البرميلي حيث يبقى السطح الظاهر لعنق الرحم أملس لاختفاء الآفة السرطانية خلف طبقة رقيقة لا تلبث أن تتمزق فتنطرح النسج السرطانية فيتحول منظر سطح العنق من الشكل الاملس الى فوهة واسعة •

الطرق الثلاثة لانتشار سرطان العنق :

ينتشر سرطان عنق الرحم حسب طرق ثلاثة :

١ ــ الانتشار بالاستمرار الى الجوار أي الانتشار المباشر الى النسج المجاورة ثم الى العقد البلغمية •

٢ ــ الانتشار بالطريق البلغمي •

٣ ــ الانتشار بالطريق الدموي •

١ ــ الانتشار بالاستمرار الى الجوار أي الانتشار المباشر الى النسج المجاورة : Kontiunierliche Ausbreitung die Umgebung

تتميز هذه المرحلة بوجود أعراض كثيرة دالة على الآفة السرطانية لعنق الرحم، حيث لا تلبث الآفة السرطانية أن تنتقل الى الجوار مجتازة حدود عنق

الرحم لتصل الى جدر المهبل ، وفي نفس الوقت الى النسج المجاورة لعنق الرحم وبخاصة النسج الواقعة على امتداد الشريان الرحمي ، حيث تنتشر في الجانبين الى الرباط الرئيسي Lig-cardinale ، ثم بعد ذلك الى الحجاب المثاني المهبلي Septum vesico-vaginale ، والحجاب المستقيمي المهبلي Septum Recto-vaginale • ان هذا الانتشار نحو النسج المجاورة حسب رأي شتوكل Stockel ، الذي يتقدم ميللترا بعد ميللمتر الى أن يصل الى جدار الحوض في جانب واحد أو في الجانبين ، هو ما يدعى بالانتشار بالاستمرار Continuitatem • هذا ويعتقد حسب البحوث الحديثة ، أن الانتشار في أغلب الحالات يبدأ نحو العقد اللمفاوية بالطريق اللمفاوي ؛ وفي نفس الوقت ينتقل بالانتشار بالاستمرار نحو النسج المجاورة لعنق الرحم •

يعتبر تفريق الارتشاح السرطاني الى النسج المجاورة لعنق الرحم ، عن الارتشاح الالتهابي ، أو عن الارتشاح الرضي إثر ولادة عسيرة أمراً صعباً إلا أنه مهم جدا من حيث المعالجة والانذار • لذا فان الركون الى الفحص المهبلي فقط في تشخيص الارتشاح عمل خاطىء ، ويعتبر المس الشرجي الطريقة الوحيدة في تشخيص انتشار الآفة السرطانية الى نسيج ما حول العنق وتقدير مدى هذا الانتشار •

يعتبر المس الشرجي الطريقة الوحيدة في تشخيص أو نفي الارتشاح السرطاني الى نسيج ما حول الرحم •

لهذا فان العقد القاسية أو الانتشارات القاسية التي يشعر بها في النسيج ما حول الرحم Parametrium في المس الشرجي عند امرأة مصابة بسرطان عنق الرحم، تعتبر عقداً سرطانية أو ارتشاحات سرطانية ، وتكون المريضة في هذه الحالة قد اجتازت مرحلة السرطان من الدرجة الاولى ، وانتقلت الى الدرجة الثانية ان لم تكن الثالثة • اذا لم تعالج مثل هذه الحالات فان الآفة السرطانية لا تلبث أن تنتقل الى الجدار الخلفي للمثانة ، والعلامة الاولى لهذا

الانتقال هي الآلام المثانية المترافقة غالباً بالوذمة الفقاعية Bulloese oedem لجدر المثانة ، علماً بأن هذه الوذمة ليست وصفية في الاصابات السرطانية إذ يمكن أن ترافق بعض الآفات الاخرى • أما العلامات السريرية التي يعتمد عليها في تشخيص الآفة السرطانية المثانية فتظهر بالتسلسل كما يلي :

آ ـ تكوّن عقيدات أو عقد صفراء اللون يتراوح حجمها غالباً بين حبة الذرة البيضاء وحبة الحمص •
ب ـ تكوّن نسج ورمية جديدة مرتشحة ومرتفعة عن السطح •
جـ ـ تكوّن تقرح في المكان الذي انتشرت اليه الآفة •
د ـ وأخيرا تكوّن ناسور مهبلي مثاني •

هذا وبتقدم الآفة السرطانية فان الناسور لا يلبث أن يتسع بحيث يمكن امرار اصبع واحد أو أكثر من المهبل الى المثانة ، كما أن الآفة السرطانية تكون في نفس الوقت قد انتقلت الى الحجاب المستقيمي المهبلي مؤدية الى اصابة الامعاء الغليظة بأحد الشكلين التاليين :

الاول : الاحاطة Ummauerung وهو الغالب حيث يحيط النسيج السرطاني بجدار المعي مؤديا الى تضيقه Stenose وبالتالي الى ظهور أعراض الانسداد Ileussymptome .

الثاني : الارتشاح Infiltration حيث يرتشح الجدار الامامي للمستقيم بالنسيج السرطاني ثم لا يلبث أن ينثقب مؤدياً الى تشكل ناسور مستقيمي مثاني •

هناك بعض الحالات يؤدي فيها انتشار سرطان العنق الى تكون الناسور المثاني المهبلي والناسور المستقيمي المهبلي معاً حيث ينجم عن ذلك تشارك المخارج الثلاثة المعوي والبولي والتناسلي في مخرج واحد يسمى المذرق Kloake ، كما أن انتشار سرطان عنق الرحم الى النسج الحوضية سوف يؤدي في النهاية الى اصابة الاعضاء الثلاثة التالية :

آ ـ الحالبين
ب ـ الاوعية الحرقفية
جـ ـ العصب الوركي

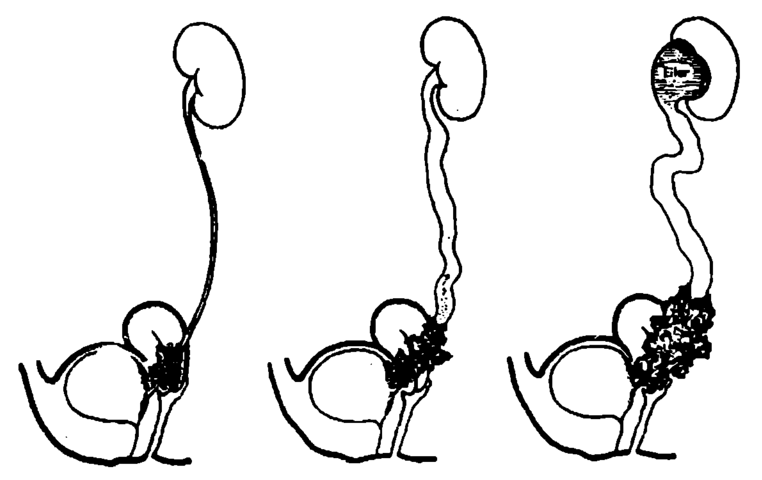
تنجم عن ذلك أعراض سريرية ذات أهمية كبرى بالنسبة لحياة المريضة ، حيث تؤدي اصابة الحالبين الى انضغاطهما وانحباس البول الذي يؤدي بدوره الى استسقاء الكليـة Hydronephrose ، وبالتالي الى التهـاب الحويضة Pyelitis ثم التهاب الحويضة والكلية Pyelonephritis وأخيرا الى ارتفاع البولة الدموية Uraemie • أما اصابة الاوعية الحرقفية فسوف يؤدي الى



الشكل (٦٦) انتقالات سرطان عنق الرحم :
تجتاز الآفة السرطانية حدود عنق الرحم فتنتقل في الامام الـى المثانة وفي الخلف الى المستقيم كما يلاحظ في الشكل كيف بدأت الآفـة اصابة جذر المهبل .

الركودة الدموية وبالتالي الى وذمة الاطراف السفلية ووذمة الفرج ثم وذمه القسم السفلي للجسم • وأما اصابة العصب الوركي فيؤدي الى آلام وركية وظهرية شديدة •

لا تلبث الآفة السرطانية أخيرا بعد أن تصيب أنسجة الحوض جميعها ، أن تنتقل الى جوف البطن مؤدية الى التهاب البريتوان السرطاني •



الشكل (٦٧) احاطة النسج السرطانية بالحالب مما يؤدي الى انضغاطه وبالتالي الى استسقائه ثم الى استسقاء الكلية ونتيجة لحدوث التهاب ثانوي مرافق سوف ينجم عن ذلك التهاب الحويضة ثم التهاب الحويضة والكلية .

٢ ـ الانتشار بالطريق البلغمي : Lymphogene Metastasierung :

يعتبر الطريق البلغمي الطريق الرئيسي لانتشار سرطان عنق الرحم، وكذلك لانتشار كافة سرطانات الاعضاء التناسلية ابتداء بالاشفار وانتهاء بالبوقين • كما اثبتت الأبحاث الحديثة ان انتشار سرطان عنق الرحم الى العقد البلغمية يسبق انتشاره الى نسيج ما حول الرحم كما ذكرنا ، حيث تصاب غالبا العقد البلغمية الحوضية قبل غيرها وخاصة الموجودة في الحوض الصغير (مثل العقد الحرقفية الباطنة) Intrailiakale lymphknoten متبعة في انتشارها

امتداد الاوعية الرحمية بعكس سرطان جسم الرحم حيث تتبع بانتشارها امتداد الاوعية المبيضية ، علماً بأنه لايمكن بالمس المهبلي الشعور بالعقد البلغمية المصابة عدا العقد البلغمية المتوضعة على جدار الحوض التي يمكن الشعور بها أحيانا ً •

٣ ـ الانتشار بالطريق الدموي : Haematogene Metastasierung :

ينتشر سرطان عنق الرحم بالطريق الدموي في الآفات المتقدمة وذلك عندما ينتقل الانتشار الى أحد الأوردة ويؤدي الى تمزقه ثم وصول الخلايا السرطانية الى لمعته ، ويتم ذلك عندما تنتشر الآفة السرطانية الى المثانة أو الى المستقيم وبالتالي الى أوردتها حيث تنتقل بالدرجة الاولى الى :

١ ـ الرئـة
٢ ـ الكبـد
٣ ـ العظـام
٤ ـ الكلية والدماغ والجلد وان كان هذا الانتقال نادراً •

ملاحظـة : حسب رأي فيليب وغيره Philipp ينتقل سرطان عنق الرحم الى عظام الحوض غالباً عن طريق العقد البلغمية المجاورة •

درجات سرطان عنق الرحم :
Die Stadieneinteilung des Zervixkarcinoms :

لقد تم الاتفان دوليا منذ عام ١٩٦١ على تقسيم سرطانات عنق الرحم حسب مدى اصابتها الى أربع درجات :

١ ـ الدرجة صفر : Stadium 0

يشمل سرطان الدرجة صفر سرطانات عنق الرحم ما قبل الاجتياحية Praeinvasives Cenvixcarcinoma والتي سميت السرطان في المكان Carcinoma in Situ أو السرطان السطحي Oberflaechenkarcinom



الشكل (٦٨) السرطان في المكان

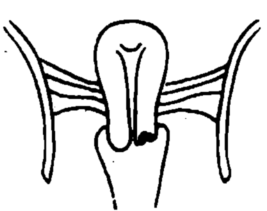
٢ ــ الدرجة الاولى Stadium I :

يشمل المراحل التالي ذكرها وكافة حالات سرطانات عنق الرحم الاجتياحية **Invasives Zervixkarcinom** ؛ وهو يعني سرطان عنق الرحم بالمعنى اللفظي فعلا ، أي أن الآفة السرطانية لم تتجاوز العنق ، ويقسم هذا النوع الى قسمين :

آ ــ ويشمل كافة السرطانات الاجتياحية الصغيرة التي تتعرف عليها فقط بالفحص المجهري ، والتي لا يزيد عمقها عن ٥ مم كما ان طولها وعرضها لا يزيد عن ١٠ مم ، لـذا يسمى هـذا النوع السرطان الصغير Microkarcinom حيث يعود اليه الاجتياح المبكر في اللحمة Frühstromainvasion والارتشاح العريض للحمة Plumpinfiltration والاجتياح الشبكي للحمة Netzige Infiltration .

الشكل (٦٩) سرطان الدرجة الاولى (آ) ويشمل الآفات السرطانية العنق عند بداية اجتياحها للحمة وتكون الاستطالات المؤنفة الا انها لا تزال محصورة في نسيج العنق فقط .

ب ــ يشمل كافة السرطانات الاجتياحية التي هي أكبر من الحجم الذي يشمله القسم ــ آ ــ المذكور .



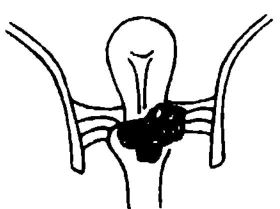
الشكل (٧٠) سرطان الدرجة الاولى (ب) ويشمل الآفات السرطانية للعنق والتي هي أكبر من الحجم الذي يشمله القسم (آ) كما أنها لا تزال محصورة في نسيج عنق الرحم فقط .

٣ ـ الدرجة الثانية Stadium II :

يشمل الحالات التي تجاوز فيها السرطان حدود عنق الرحم الا انه لم يصل بعد الى جدار الحوض ويقسم الى قسمين :

آ ـ يشمل الحالات التي انتقلت فيها الآفة السرطانية الى المهبل إلا أنها لم تشمل الثلث السفلي منه •

ب ـ يشمل الحالات التي انتقلت فيها الآفة السرطانيـة الى النسيج ما حول عنق الرحم أو اليهما معا (كذلك لم تشمل الثلث السفلي من المهبل أيضـا) •



الشكل (٧١) سرطان الدرجة الثانية (ب) ويشمل الآفات السرطانية التي انتقلت من العنق الى النسيج ما حول عنق الرحم والمهبل الا انها لم تصل بعد الى جدار الحوض .

٤ ـ الدرجة الثالثة Stadium III :

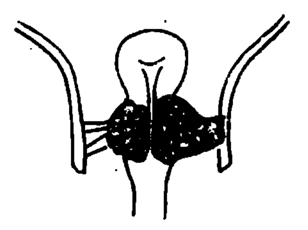
يعني الحالات التي تجاوز فيها السرطان حدود العنق ووصل الى جدار الحوض ، مع انتقاله في نفس الوقت الى المهبل شاملا ثلثه السفلي جزئيا أو كليا ، أو الحالات التي تجاوز فيها السرطان حدود العنق وانتقل الى المهبل شاملا ثلثه السفلي جزئيا أو كليا ، لذا يمكن تقسيمه الى قسمين :

آ ـ الحالات التي انتقل فيها السرطان الى الثلث السفلي من المهبل •

ب ـ الحالات التي انتشر فيها السرطان الى جدار الحوض كما انتقل الى الثلث السفلي من المهبل •

هذا ويشعر بالمس الشرجي في كافة هذه الحالات بارتشاح النسيـج

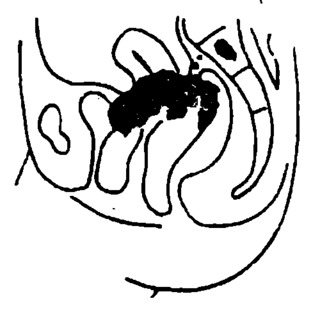
ما حول الرحم من حدود العنق حتى جدار الحوض في جانب واحد أو في جـانبين •



الشكل (٧٢) سرطان الدرجة الثالثة ويشمل الآفات السرطانيـة التي انتقلت من العنق ووصلت الى جـدار الحوض والى الثلث السفلي من المهبل •

٥ ـ الدرجة الرابعة :

يشمل الحالات التي اجتاز فيها السرطان حـدود الحوض الصغير أو انتقل الى المثانة أو إلى المستقيم أو الى كليهما معا •



الشكل (٧٣) سرطان الدرجة الرابعة ويشمل الآفات السرطانية التي انتقلت من العنق الى الحوض والتي أصابت المثانة أو المستقيم أو كليهما معا

الاعراض السريرية لسرطانات عنق الرحم :

نقد ذكرنا أعراض سرطانات عنق الرحم حسب أنواعها وأشكالهـا كلا على حدة ، وسنتعرض الآن الى ذكر هذه الاعراض في سرطان عنق الرحم بشكل عـام •

نميز في الحالات السريرية لسرطان عنق الرحم نوعين من الاعراض هما الاعراض البدئية والاعراض المتأخرة •

١ ـ **الاعراض البدئية Erstsymptome :**

نعني بالاعراض البدئية الاعراض التي تشاهدها المرأة في بداية اصابتها بسرطان عنق الرحم وهي :

آ ـ الضائعات المدماة : تشبه غسالة اللحم ، وهي عبارة عن ضائعات لزجة بنية اللون ذات رائحة كريهة (يمكن أن تكون هذه الضائعات قيحية مدماة قليلا أو غير مدماة) .

ب ـ النزوف غير الوصفية : وهي نزوف ليس لها أية علاقة بالطمث ، ويجب أن نعتبر كافة النزوف قليلة كانت أم كثيرة وبخاصة النزوف التي تعقب الاتصال الجنسي أو التغوط أو تعقب أي رض (مس مهبلي) يقع على العنق نزوفاً مشتبهاً بهـا .

لذا يجب في كل حالة يشتبه في منشئها السرطاني ، أن نسأل بدقة عن الضائعات ولونها وصفاتها ، وعن النزوف وزمن حدوثها وبشكل خاص عما اذا كانت تحدث عقب الجماع أو التغوط علما بأنه يجب أن نعتبر دائمـا أن

> الضائعات البنية اللون هي بمثابة النزوف .
> اذن العرضان الوحيدان البدئيان لسرطان عنق الرحم هما :
> الضائعات التي تشبه غسالة اللحم ، والنزوف فقط .

٢ ـ **الاعراض المتأخرة Spaetsymptome :**

تظهر هذه الاعراض بعد أن تكون الآفـة السرطانية لعنق الرحم قـد اجتازت حدود العنق ، وهي أعراض متعددة لذلك تسمى هذه المرحلة أيضا المرحلة الكثيرة الاعراض (Symptomreiches Stadium) . هذا وتتعلق أشكال هذه الاعراض وشدتها باتساع منطقة الآفـة السرطانية وبتسارع انتشارها حيث تتجلى بما يلي :

١ ــ النزوف المستمرة أو الضائعات المدماة •

٢ ــ انقذاف قطع نسجية متموتة •

٣ ــ النزف الصاعق الذي قد تتعرض له المريضة نتيجة لاصابة بعض الاوعية الدموية •

٤ ــ الالم الذي يعتبر من أهم اعراض الحالات المتقدمة • يبدو هذا الألم أول الأمر على شكل شعور بالضغط داخل الحوض، وبتقدم الآفة يصبح ألماً ظهرياً دائماً متوضعاً على جانبي البطن يتشعب الى الطرفين السفليين ، وأخيرا يصبح هذا الألم شديداً لايطاق وذلك عندما تصيب الآفة السرطانية بعض الأعصاب (العصب السدادي ، أو الضفيرة الحرقفية) وخاصة عندما تصيب الآفة الأجسام الفقرية •

٥ ــ الصمامات الدموية وتتظاهر بوذمة في القسم العلوي من الطرفين السفليين، وتعتبر الصمامات علامة تدل على آفة سرطانية متقدمة• هذا ويمكن أن تحدث هذه الوذمة مع وذمة الفرج ووذمة القسم السفلي لجلد البطن ، نتيجة لاصابة الاوعية الحرقفية الكبيرة بالآفة السرطانية التي أدت الى انضغاطها •

٦ ــ الحرارة ، كما قد تصاب المريضة أحيانا بعرواء ، هي نتيجة لانتان ثانوي ناجم عن انحباس البول بسبب انضغاط الحالبين •

٧ ــ الاضطرابات المثانية وتتجلى خاصة بالزحير المثاني Blasentenesmen الذي يدل على اصابة الجدار المثاني بالآفة السرطانية ، كما أن النزف المثاني قد يكون غالبا عرضاً مسبقاً لحدوث انثقاب المثانة •

٨ ــ الامساك المعند ، وتسبقه غالباً حالات شديدة من الاسهال ، ويدل ذلك على أن الآفة قد انتقلت الى الامعاء الغليظة التي لا تلبث أن تصاب بالانثقاب الذي سيؤدي بدوره إلى حدوث النزوف المعوية الشديدة •

٩ ـ سلس البول والغائط معا وينجمان عن انتقال الآفة عبر جداري المثانة والمستقيم •

ملاحظـة : يؤدي انضغاط الحالبين بالآفـة السرطانية الى الاصابة بالبولة الدموية Uraemie ، وقد أثبتت الاحصائيات الحديثة أن النساء المصابات بسرطانات عنق الرحم اللواتي لم يتعالجن أو عولجن متأخرات يمتن بنسبة ١/٣ ـ ٢/٣ بارتفاع البولة الدموية ، أما الباقي فيمتن بسبب الدنف السرطاني ، أو النزف ، أو التهاب البريتوان السرطاني ، أو انتانات أخرى سرطانية المنشأ •

تشخيص السرطانات السريرية لعنق الرحم :
: Diagnostik des klinischen karzinom

نعني بالسرطانات السريرية الآفات السرطانية التي تبدي أعراضا سريرية، وقد ذكرنا بشكل مفصل تشخيص سرطانات عنـق الرحم بالنسبة لأنواعها وأشكالها ودرجاتها ، الا اننا نود هنا أن نتعرض الى ذكر بعض الفحوص المهمة التي يجب اجراؤها لوضع التشخيص الكامل للآفة السرطانية •

١ ـ يجب التعرف بالمس المهبلي على حركة الرحم، للتأكد من كون هذه الحركة حرة أم محدودة أم معدومة، وفي حال تحددها أو انعدامها يجب معرفة الأسباب (الالتهابات المزمنة ، الآفات السرطانية وغيرها) التي أدت الى ذلك•

٢ ـ يجب اجراء المس الشرجي لتعيين الدرجـة التي ينتمـي اليهـا سرطـان العنـق •

٣ ـ تنظير المثانـة •

٤ ـ تصوير الحالبين بالمادة الظليلة •

٥ ـ تنظير المستقيم (ابتداء من الدرجة الثانية) •

٦ ـ التصوير الشعاعي للحوض والعمود الفقري •

٧ ـ فحص المريضة فحصاً عاماً مع عمل تخطيط القلب الكهربي •

٨ ـ التصوير الشعاعي للصدر •

٩ ـ الصيغة الدموية ومعايرة البولة الدموية •

سرطان عنق الرحم والحمل :
: Zervixkarzinom und Schwangerschaft

يعتبر وجود سرطان عنق الرحم والحمل معاً أمرا نادرا ، الا أنه ما دام ممكن الحدوث فان تحري الآفة أمر ضروري خلال فترة الحمل مرة واحدة إما بالفحص الخلوي Zytologie أو بتنظير المهبل المكبر Kolposkopie .

ان كل نزف مرافق للحمل يستوجب التفكير باحتمال وجود آفة سرطانية ، لذا يجب فحص عنق الرحم بالنظر للتأكد من حالته ولمعرفة مصدر النزف .

لقد كان يعتقد في الماضي ان الحمل يؤثر تأثيراً سيئاً في سير سرطان عنق الرحم ، الا أن الابحاث الحديثة أكدت أن سرطان عنق الرحم المرافق للحمل لا يختلف في سيره وانتشاره عنه في الحالات غير المرافقة للحمل ، الا أن من الثابت أيضا ان الشفاء في الشهور الاولى من الحمل أفضل من الشهور الاخيرة أو بعد الولادة . لذلك يلح الباحثون على تحري سرطان العنق خلال فترة الحمل عند وجود أي اشتباه ، لان حظ المريضة في الشفاء عند المعالجة أثناء الحمل يعتبر جيداً وأفضل بكثير منه بعد نهاية الحمل .

تقوم معالجة سرطان عنق الرحم المرافق للحمل على الأسس التالية :
آ ـ اذا كان سرطان العنق قابلاً للمعالجة الجراحية فاننا نتبع احدى الطريقتين التاليتين :

الأولى : اذا كان الجنين قابلا للحياة نستخرجه باجراء العملية القيصرية ثم نجري الاستئصال الجذري Radikaloperation

الثانية : اذا كان الجنين غير قابل للحياة نجري الاستئصال الجذري بصرف النظر عن محصول الحمل .

ب ـ اذا كان سرطان العنق غير قابل للمعالجة الجراحية ينتظر حتى

يصبح الجنين قابلاً للحيـاة فتجرى العملية القيصريـة ثم تطبق المعالجة الشعاعية •أما الطريقـة المفضلة حاليا فتقوم على استئصال الرحم الناقص Subtotale Hysteroktomie ثم تطبق المعالجة بالراديوم والاشعة •

ملاحظـــة :
يفضل حالياً في معالجة سرطان عنق الرحم المرافق للحمل تطبيق المعالجة اللازمة فوراً بصرف النظر كليا عن سن الحمل •

ساركوما عنق الرحم أو الورم العفلي لعنق الرحم :
: Sarkom der Zervix uteri

يعتبر الورم العفلي لعنق الرحم حالة نادرة ينمو غالباً على حساب الغشاء المخاطي لعنق الرحم مشكلاً ورماً عنقودياً سهل التفتت • يصيب هذا الورم الفتيات الصغيرات أيضا ، لذا يلتبس مع مرجلات عنق الرحم Zervixpolypen والاورام العضلية لعنق الرحم Myome ، تشبه أعراضه الى حد بعيد أعراض سرطان عنق الرحم بحيث لايمكن التمييز بينهما الا بالفحص النسجي •

يعتبر الورم العفلي لعنق الرحم بوجه عام أشد خبثا من سرطان عنق الرحم اذ ينتشر بسرعة الى العقد البلغمية المجاورة والى الاجهزة الاخرى •

المعالجـة : تعتبر المعالجةالشعاعية المعالجةالمفضلة، أما المعالجةالجراحية ثم الشعاعية فلم تعد مرغوبة •

معالجة السرطانات السريرية لعنق الرحم أو السرطانات المرتشحة النامية لعنـق الرحـم :
Therapie des klinischen Zervixkarzinoms = des Infiltrierend wachsenden Zervixkarzinoms

تختلف معالجة السرطانات السريرية لعنق الرحم باختلاف الدرجة التي تنتمي اليها الحالة المراد معالجتها لذا تقسم هذه المعالجات الى ما يلي :

١ ــ المعالجة الجراحية أو المعالجة الجذرية Radikaloperation
٢ ــ المعالجة الشعاعية البدئية •
٣ ــ المعالجة المختلطة أي المعالجة الجراحية الجذرية والمعالجة الشعاعية
٤ ــ المعالجة الدوائية Zytostatika .

ملاحظـة : ليست هناك أفضلية لطريقة عن أخرى لأن الطبيب المعالج ينتخب من بينها ما يتناسب مع الحالة التي يريد معالجتها •

١ ــ المعالجة الجراحية :

تقوم المعالجة الجراحية على الاستئصال الجذري للرحم Radikaloperation ونعني بذلك الاستئصال التام الموسع الرحم ، وتجري هذه العملية اما عن طريق البطن وتسمى عملية فرتهايم ، أو عن طريق المهبل وتسمى عملية شاوتا ، وتفضل الاولى لانها تمكن من استئصال المزيد من العقد البلغمية المصابة •

عملية فرتهايم Wertheimsche Operation :

طبقت عام ١٨٩٨ وتختلف عن عملية الاستئصال التام للرحم Totalexstierpation التي تعني الاستئصال البسيط للرحم مع أو بدون الملحقات ، بينما تعني عملية الاستئصال الجذري أو عملية فرتهايم الاستئصال التام مع الملحقات بالاضافة الى :

١ ــ استئصال النسج ما حول الرحم •

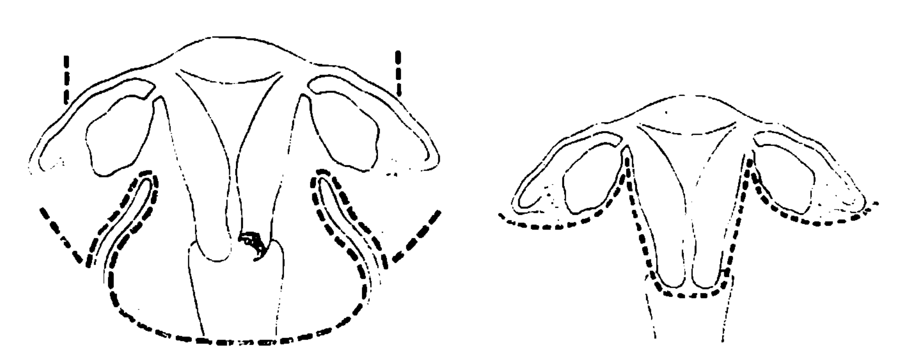
٢ ــ استئصال كافة العقد اللنفاوية المجاورة قدر الامكان •

٣ ــ استئصال القسم العلوي للمهبل •

٤ ــ قطع الشريانين الرحميين قرب الشريان تحت المعدي Hypogastrica .

٥ ــ تحرير القسم السفلي للحالبين من النسج المحيطة بهما وتسليخ

المثانة والقسم السفلي للامعاء الغليظة وابعادهما إذ أن هــده الاعضاء معرضة للاصابة السريعة بالآفة السرطانية •



الشكل (٧٤) الاستئصال البسيط للرحم مع الملحقات
الشكل (٧٥) الاستئصال الموسع للرحم أو العملية الجراحية الجذرية واذا أجريت عن طريق المهبل تسمى العملية الجراحية لِ (شاوتا ـ شتوكه ل) اما اذا اجريت عن طريق البطن فتسمى العملية الجراحية لِ (ڤرنهــايم)

عملية شاوتا او شاوتا ـ شتوكل :

لقد طبقت هذه العملية من قبل شاوتا عام ١٩٠٢ وأكملت مــن قبل شتوكل وهي لا تختلف جوهريا عن عملية فرتهايم سوى في كونها تجرى عن طريق المهبل وفي عدم استئصال العقد اللمفاوية الحوضية وبخاصة الجانبية منها ، إلا أن استئصال هذه العقد بالنسبة للكثير من الباحثين لا يلعب دورا كبيرا في المعالجة لانه حتى في عملية فرتهايم لا يمكن استئصال كافة العقد المصابة • هذا وقد أثبت راوشر وسبورني Rauscher und Spurny عام ١٩٥٩ أن نسبة الشفاء في الحالات التي استؤصلت فيها العقد البلغمية والحالات التي لم تستأصل متقاربة جدا • رغم ذلك يتجه الجراحون الى عملية فرتهايم للاسباب التي مر ذكرها •

أما في السنوات الاخيرة فقد اتجه الباحثون الى ضرورة اجراء العملية الجراحية عن طريق البطن وهي عملية فرتهايم نفسها بعد أن طورها مغس ــ

لاتسكو Meigs - Latzko والتي تقوم على ضرورة استئصال كافة العقد البلغمية الحوضية المصابة ، ويقتضي ذلك اجراء التصوير الشعاعي للطرق اللمفاوية حيث يمكن بواسطته معرفة العقد البلغمية المصابة ليتم استئصالها •

ملاحظة هامة جدا :

اذا كان الجراح لا يملك القدرة الفنية على اجراء العملية الجراحية الجذرية عن طريق البطن أو عن طريق المهبل ، يتوجب عليه عندئذ تطبيق المعالجة الشعاعية فقط •

لانه أصبح من الثابت الآن ، أن سرطان العنق اذا لم يستأصل جذريا ثم طبقت له المعالجة الشعاعية ، فان الانذار يكون أسوأ مما لو أجريت المعالجة الشعاعية فقط •

٢ ـ المعالجة الشعاعية البدئية Primaere Strahlenbehandlung :

يشترط في المعالجة الشعاعية تحقيق شرطين أساسيين هما :

آ ـ يجب أن تمتص النسبة الكبرى من الاشعة المطبقة من قبل الورم نفسه ، بينما يحافظ قدر الامكان على النسج السليمة المحليطة بالورم •

ب ـ يجب أن يعطى المقدار المناسب من الاشعة •

تطبق أشعة رونتجن أي السينية بالاشتراك مع المعالجة بالراديوم ، حيث يبدأ عادة بالمعالجة بالراديوم موزعة على جلستين أو ثلاث جلسات بفاصلة (٢ ـ ٣) أسابيع ، ثم تكمل المعالجة بتطبيق الاشعة ، كما يمكن تطبيق المعالجة بالاشعة السينية فقط • أما المعالجة الشعاعية الحديثة التي بدأت منذ سنوات فتقوم على المعالجة بالاشعة ذات التوتر العالي Hochvolttherapie وهي تقوم على استعمال أشعة الكوبالت Telekobalt-Therapie أو استعمال أشعة أل بيتا ترون Betatron - Therapie .

هل المعالجة الشعاعية افضل أم المعالجة الجراحية ؟

لقد أثيرت في باديء الأمر مناقشة حول سهولة تحمل احدى الطريقتين بالنسبة للمريضة ، الا أن الرأي الثابت أخيرا هو أن كلتا الطريقتين متساويتين بالنسبة للجهد الذي تتحمله المريضة ، لهذا اتفق أخيرا على أن سرطان عنق الرحم من الدرجة الثالثة والرابعة يعالج بدون استثناء بالاشعة • أما سرطانات الدرجة الاولى والثانية فيمكن أن يطرح السؤال حول الطريقة الافضل في معالجتها رغم أن من الثابت احصائياً أن نتائج الطريقتين الجراحية والشعاعية بالنسبة للشفاء واحدة ومع هذا فللمعالجة الجراحية أفضلية تتجلى في :

١ ــ كون الشفاء أسرع خاصة في العمليات الجراحية عن طريق المهبل •

٢ ــ عدم تعريض المريضة الى العواقب الشعاعية السيئة مثل الاصابات الجلدية ، نواسير المثانة ونواسير المستقيم •

٣ ــ وجود آفات مرافقة للآفة السرطانية تستوجب المعالجة الجراحية بشكل حتمي هي :

آ ــ ورم الرحم العضلي المرافق Myome .

ب ــ الاورام المبيضية المرافقة Ovarialtumoren :

ج ــ التهاب الملحقات وبخاصة تقيح الملحقات، التي تسوء حالتها بالمعالجة الجراحية والتي قد تؤدي الى التهاب البريتوان •

٢ ــ المعالجة المختلطة أي المعالجة الجراحية والشعاعية :

تطبق المعالجة الشعاعية بعد المعالجة الجراحية للقضاء على الخلايا السرطانية المتبقية، وقد جرت مناقشة حول ضرورة تطبيقها، الا أن الاحصائيات الاخيرة أثبتت أن الحالات التي عولجت شعاعياً بعد المعالجة الجراحية كانت نسبة الشفاء فيها أفضل من الحالات التي عولجت جراحياً فقط • أما البدء بالمعالجة الشعاعية ثم تطبيق المعالجة الجراحية ، أو الجراحية ثم الشعاعية فلم تثبت فائدتها بالنسبة لكثير من الباحثين • بالاختصار يمكن قول ما يلي :

معالجة السرطانات السريرية لعنق الرحم :

١ ــ سرطانات الدرجة الاولى : تقوم على المعالجة الجراحيــة الجذرية مع النصح بتطبيق المعالجة الجراحية بعدها •

٢ ــ سرطانات الدرجة الثانية : تقوم على نفس معالجة الدرجة الاولى أو المعالجة الشعاعية فقط •

٣ ــ سرطانات الدرجة الثالثة والدرجة الرابعة : تقوم على المعالجة بالراديوم أولا ثم تطبق المعالجة بأشعة رونتجن ، أو تقوم على المعالجة بالاشعة ذات التوتر العالي (كوبالت ٦٠)، وفي حالات نادرة تطبق المعالجة الجراحية الجذرية الموسعة •

النكس في سرطان عنق الرحــم :

يمكن لسرطان عنق الرحم أن ينكس خلال السنتين التاليتين للمعالجة سواء كانت هذه المعالجة جراحية أم شعاعية ، أما بعد ذلك فالأمر نادر • يحدث هذا النكس بعد المعالجة الجراحية غالباً في النسيج المحيط بعنق الرحم، كما يمكن أن يحدث أيضا في الندبة المهبلية • أما النكس الذي يحدث بعد مرور خمس سنوات على الشفاء ، فلا يعتبر نكساً بل يرجح كونه آفة سرطانية جديدة قد نشأت حديثاً • هذا وتشخص الآفة الناكسة بزيادة سرعة تثفل الدم Blutsenkungsreaktion تعادل سرعة التثفل التي تحدث في الآفات الحديثة، كما يلجأ حديثا حسب رأي سيبهر Sieber ١٩٦٦ الى التصوير الشعاعي للاوعية اللمفاوية لتشخيص الحالات السرطانية الناكسة ، وتفريقها عن الحالات العادية كحالات انسداد الاوعية اللمفاوية التي قد تلتبس معها •

المعالجــة :

تعالج الآفات الناكسة عادة بالاشعة ، وقد تعالج بعض الحالات النادرة جراحياً ونسبة الشفاء في كلتا الطريقتين لا تتجاوز (١ ــ ٥٪) ، أما في بقية

الحالات أي (٩٥ ــ ٩٩٪) فلا تلبث الآفة السرطانية أن تنتقل الى الحالبين والاوعية الحرقفية والعصب الوركي ، فتحدث الوذمات في القسم العلوي للطرفين السفليين ثم تتعمم فيها ، كما يحدث انحباس البول في الحالبين وما يتبعه من عواقب ، وتحدث الآلام الشديدة ، وحينئذ يلجأ الى المعالجة العرضية فقط وبخاصــة لتخفيف الآلام الشديدة التي تشــكو منها المرأة المصابة •

الانذار في سرطان عنق الرحــم :

يتعلق الانذار بالدرجة التي كشف فيها سرطان العنق وطبقت له فيها المعالجة، علماً بأن نسبة الشفاء في المعالجة الجراحية والمعالجة الشعاعية واحدة تقريباً • لقد اتفق عالمياً على مراقبة النساء اللواتي عولجن طيلة خمس سنوات فاذا لم تظهر أية علامة للنكس عندهن يقال عندئذ أنهن قد شفين ، أو بالاصح أنهن قد شفين شفاء الخمس سنوات 5 Jahre heilung • هذا وقد بلغت حسب الاحصائيات الحديثة نسب شفاء الخمس سنوات حسب الدرجة التي عولج فيها سرطان العنق كما يلي :

الدرجة الاولى	٨٠٪ تقريباً
الدرجة الثانية	٥٠٪ تقريباً
الدرجة الثالثة	٣٠٪ تقريباً
الدرجة الرابعة	٠ــ٥٪ تقريباً

ملاحظــة هامــة :

سرطان جذمور عنق الرحــم Stumpfkarzinom :

يمكن أن تنشأ آفة سرطانية في حالات كثيرة نسبياً على حساب جذمور عنــق الرحم المتبقــي بعــد اســتئصال الرحــم الناقص Suprazervikal Uterusimputation مثلا في حالات وجود ورم الرحــم العضلي Uterus Myomatosus • لذلك ينصح الكثيرون بشكل عام بعدم اجــراء هــذا الاستئصال الناقص الا في حالات اضطرارية لأن الاستئصال التــام للرحم

Totalexstirpation لا يشكل أية صعوبة من الناحية الفنية ، ولأنه وهذا هو المهم ينهي والى الابد امكانية تشكل هذه الآفة السرطانية •

أما ما يتبع عندنا في الشعبة النسائية في المشفى الوطني بدير الزور ، وذلك استنادا الى الخبرة الواسعة للمشفى النسائي الجامعي بمدينة (لايبزيغ) Leipzig في حالات ضرورة استئصال الرحم كما في أورام الرحم العضلية مثلا ، فهو استئصال الرحم التام اذا ظهر بالفحص بالعين المجردة أي تبدل في منظر العنق ، أما اذا كان المنظر طبيعياً فيمكن عندئذ اجراء الاستئصال الناقص وبخاصة عند النساء اللواتي هن في نهاية مرحلة سن النشاط التناسلي •

الباب الخامس

جسم الرحم

UTERUSKOERPER (UTERINE CORPUS)

التهاب جسم الرحم

التهاب الغشاء المخاطي لباطن جسم الرحم

Entzürdung des uterus corpus

Infection of the uterine corpus (Endometritis)

Endometritis corporis uteri

الاسباب الممرضة : Aetiologie انــا نعني بالتهاب الغشاء المخاطي لباطن جسم الرحم ، التهاب هذا الغشاء بعد توضع الجراثيم الممرضة عليه ؛ لذا فان أسباب هذا المرض تعود دائماً الى العدوى الجرثومية .

نميز من هذه الجراثيم المكورات العنقودية Staphylokokken ، المكورات العقديــة Streptokokken ، العصيــات الكولونيــة Kolibakterien المكورات البنيــة Gonokokken ، العصيــات الســلية Tuberkelbakterien وغير ذلك من الجراثيم ؛ الا ان المكورات البنية لا تلعب الا دورا ضئيلا في أحداث هذا المرض .

> تتوضع الاصابة في الالتهابات الحديثة التكون في الطبقة المفرزة من الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، اما في الالتهابات القديمة فتتوضع في الطبقــة القاعدية .

تنتقل العدوى في التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم عموما بالطريق الصاعد، باستثناء حالة واحدة هي التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم السلي، حيث تنتقل العدوى فيه بطريق الدم، أو بالطريق النازل وذلك في حالة التهاب الملحقات السلي •

إن من أهم الشروط التي يجب توفرها لحدوث التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم هي :

آ ـ انفتاح الفوهة الظاهرة لعنق الرحم وبالتالي انفتاح قناة عنق الرحم •

ب ـ وجود الطريق الذي يسلكه الجرثوم = الدم أو المفرزات التي تسيل ببطء من قناة عنق الرحم •

جـ ـ اصابة الغشاء المخاطي لباطن الرحم وحدوث النزف منه (الطمث، النفاس ، الاسقاط) •

د ـ التربة المغذية للجراثيم : انقذاف الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، بقايا مشيمية بعد الاسقاط ، الغشاء الساقط •

الاسباب : من ذلك كله نرى ان التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم يحدث كنتيجة لاسباب متعددة :

١ ـ الاسقاط الذي يعتبر السبب الرئيسي في احداث هذا الالتهاب ، حيث يدعى التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم التالي للاسقاط ويكون ذلك :

آ ـ نتيجة للمداخلة على باطن الرحم وبخاصة في حالات الاسقاط المحرّض أو الاسقاط الجنائي ، التي قد يؤدي بعضها الى عواقب انتانية وخيمة •

ب ـ نتيجة لبقايا جنينية أو مشيمية بعد تجريف ناقص •

٢ ـ الولادة أو فترة النفاس ، ويدعى الالتهاب النفاسي للغشاء المخاطي لباطن الرحم Endometritis puerperalis ، وقد يترافق أحيانا بحمى شديدة مع ضائعات Ausfluss (Laukorrhea) غزيرة قيحية كريهة الرائحة ويحدث نتيجـة :

آ ـ لدخول الجراثيم بشكل آلي الى باطن الرحم بعد مداخلة ولادية.

ب ـ لوجود بقايا من الغشاء الساقط Dezidua أو من المشيمة التـي تشكل تربة صالحة لنمو الجراثيم خلال هذه الفترة .

جـ ـ لاحتباس الهلابه Lochialstauung الذي يلائم نمو الجراثيم على الغشاء المخاطي .

٣ ـ الانتانات التالية لالتهاب قناة عنق الرحم :

ان انتقال الانتان من الغشاء المخاطي لقناة عنق الرحم الى الغشاء المخاطي لباطن الرحم ينطبق بالدرجة الأولى على الداء السيلاني Gonorrhoe ، كمـا يمكن لكافة الجراثيم الانتانية الاخرى المتواجدة في قناة عنق الرحم أيضـا أن تصعد الى الغشاء المخاطي لباطن الرحم ناقلة العدوى معها ، اذ ان الفوهة الباطنة لعنق الرحم لاتشكل حاجزا واقياً أكيداً ضدها .

٤ ـ التهاب غشاء باطـن الرحم الطبي : Iatrogene Endometritis
وهو التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم الناجم عن المداخلة على باطن الرحم بهدف يغلب أن يكون تشخيصيا . يمكن لهذا الالتهاب أن يحدث في المشافي رغم توفير أهم شروط التعقيم، ويعود ذلك بالدرجة الاولى الى إزالة السدادة المخاطية الموجودة في عنق الرحم والتي تشكل حاجزا واقيا يمنع دخول الجراثيم الى باطن جسم الرحم .

لذا يمكن أن يؤدي سبر واحد للرحم الى التهاب الغشاء المخاطي .

هذا ولا يخلو تجريف الرحم بهدف تشخيص اضطرابات الدورة الطمثية

من الخطر في احداث هذا الالتهاب ، وكذلك الامر بالنسبة لتصوير الرحم والبوقين الشعاعي •

كما ان غسل باطن الرحم، أو دك باطن الرحم، أو وضع الاجهزة الرحمية (Pessare) داخل الرحم ، أو تطبيق الراديوم يمكنها جميعا أن تؤدي الى هذا الالتهاب • لذا فان ما يميز الطبيب النسائي ذا الخبرة الكافية هو (الاحترام الفائق) لباطن الرحم ، فهو لا يسمح بالمداخلة على باطن الرحم إلا عند الضرورة وعند توفر كافة الشروط اللازمة (عدم وجود أي التهاب في جدار الرحم مثل التهاب الملحقات، التهاب ما حول الرحم Parametritis)، اما بالنسبة لاتخاذ أقصى احتياطات التعقيم فذلك أمر مفروغ منه طبعاً •

لذا يجب التفكير ملياً قبل كل مداخلة على باطن الرحم ، كانت هذه المداخلة علاجية أم تشخيصية ، فيما اذا كانت نتائج هـذه المداخلة تفوق أخطار الالتهاب الذي يمكن توقع حدوثه أم لا •

٥ ــ تؤدي الاورام العضلية الرحمية تحت المخاطية ، ومرجلات جسم الرحم، وخصوصاً سرطانات جسم الرحم، بشكل دائم تقريباً الى حدوث التهاب الغشاء المخاطي لباطن جسم الرحم •

أما كيف يمكن للورم الرحمي تحت المخاطي مثلا أن يحـدث التهاب الغشاء المخاطي لباطن جسم الرحم فأمر يستوجب المعرفة • يبقى هذا الورم لأشهر عديدة أو أكثر في باطن الرحم ، حيث يضغط طيلة هذا الوقت بشكل متواصل على الغشاء المخاطي (الرقيق) لباطن جسم الرحم مشكلاً فيـه جرحاً واضح الحدود لا يشفى ، ما دامت الأسباب التـي أدت الى تشكله موجودة ، أي ما دام هذا الضغط المتواصل قائما • هذا وفي نفس الوقت فان هذا الورم الذي يعتبر جسماً أجنبياً موجوداً في باطن جسم الرحم ، لا يسبب تشكل الجرح في الغشاء المخاطي كما ذكرنا فحسب ، بل يشكل أيضا جسراً

تمر عليه الجراثيم صاعدة من الغشاء المخاطي لقناة عنق الرحم الملتهب غالبـا الى الغشاء المخاطي لباطن جسم الرحم المؤوف أيضاً •

الفحص النسيجي : Histologie :

عندما ينتقل الانتـان بالطريق الصاعد من الغشاء المخاطـي للعنق الى الغشاء المخاطي لجسم الرحم ، تصيب الجراثيم الممرضـة الطبقة المفـرزة Funktionalis ، فاذا كانت هذه الاصابة واسعة والجراثيم ذات فوعة شديدة فسوف تصاب الطبقة القاعدية أيضا Basalis • أما في الحالات الاكثر شدة فان الاصابة سوف تنتقل الى الطبقة العضلية Muskularis محدثة التهاب العضلة الرحمية Myometritis ، ثم الى الطرق اللمفاوية والنسج ما حول الرحم مؤدية الى التهاب ما حول الرحم Parametritis • لذلك يمكن للمرء أن يتصور بسهولة ، أن التغيرات الالتهابية في الغشاء المخاطي لباطن جسم الرحم مثل فرط التروية ، وازدحام الغشاء المخاطي بكامله بالكريات البيض ، والخلايا اللمفاوية ، والخلايا المصورة ، وغير ذلك سوف تؤثر على حوادث الطمث وانقذاف الغشاء المخاطي ، وبالتالي على شفاء الجرح الطمثي ، أي على سطح باطن الرحم بعد انسلاخ الغشاء المخاطي عنه وانقذافه •

الاعـراض : تكون الاعراض بسيطـة في أكثر الحـالات الخفيفـة والمتوسطة من حالات التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، أما ازدياد حجم الرحم ، والألم المحدث، فمن النادر أن تكون لهما علاقة بهذا الالتهاب • إن ما يمكن ملاحظته عبارة عن نزوف خفيفة قد تستمر فترة طويلة من الوقت ، كما يمكن أن تترافق بارتفاع خفيف في الحرارة • أما العرض المهم الذي ينجم عن التهاب الغشاء المخاطي لباطن جسم الرحم ، فهو الاضطرابات الطمثية التي تنشأ عن سطح باطن جسم الرحم المدمى أو عما دعوناه بالجرح الطمثي ، الذي لايتماثل للاندمال والشفاء حسب معدله الزمني الطبيعي ، بل يحتاج لمـدة أطول ، وهكذا تستمر النزوف الناجمة عن المناطق التي لم تشف بعد • اذن يعتبر النزف ما بعد الطمث (Nachblutung) العرض الرئيسي السريري لهذا

الالتهاب ، وهو النزف الذي يتلو الطمث مباشرة والذي ينجم كما ذكرنا عن تأخر ترمم الغشاء المخاطي لباطن جسم الرحم •

العرض الرئيسي لالتهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، هو النزف الذي يعقب الطمث مباشرة أي الطمث المديد •

كما يمكن أن يترافق هذا العرض بعرضين آخرين ، الاول الطمث الشديد، أي أن الطمث المديد يكون في نفس الوقت أشد مما هو عليه في الحالة الطبيعية، والعرض الثاني حدوث النزوف مابين الطموث Zwischenblutungen هذا وقد تكون أحيانا التغيرات الالتهابية التي تصيب الطبقة القاعدية على درجة من الشدة لا يستطيع الغشاء المخاطي معها أن يترمم كما يحدث عادة في الدورة الطمثية الطبيعية، وهكذا تبقى الاوعية الدموية مفتوحة فنحصل على صورة سريرية خاصة ندعوها النزف المستمر Dauerblutung • تعتبر الاضطرابات الطمثية كما ذكرنا أعراضاً وصفية Charakteristisch لالتهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، الا أنها ليست أعراضاً واسمة لهذا المرض (Pathogonomisch) ، اذ يمكن مشاهدتها في حالات مرضية أخرى مثل التهديد بالاسقاط ، الحمل خارج الرحم ، الورم العضلي الرحمي تحت المخاطي ، اضطرابات الطمث الهرمونية المنشأ وأخيراً الآفات السرطانية التي يجب أن لا ننفي وجودها ما لم يثبت الفحص النسجي العكس •

يمكن أن ينتقل التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم في حالات نادرة كما ذكرنا الى عضلة الرحم محدثاً التهاب عضلة الرحم Myometritis ، والى النسج ما حول الرحم محدثاً التهاب ما حول الرحم Parametritis ، والى الطبقة المصلية للرحم محدثا التهاب البريتوان الرحمي Peritonitis ؛ الا أن هذا الالتهاب الاخير في الواقع يشكل جزءً من التهاب البريتوان الحوضي Pelvoperitonitis • أما في أغلب الحالات فينتقل التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم الى البوقين محدثا التهاب البوقين Salpingitis أو التهاب الملحقات،

ويحدث هذا الانتقال خلال الطمث أو بعده مباشرة • لذلك فاننا اذا دققنا بالنسبة للقسم الاعظم من النساء المصابات بالتهاب الملحقات الحاد في الزمن الذي شعرن فيه بالآلام في منطقة الملحقات ، فسنلاحظ حتماً أنها تلت مباشرة حدوث الطمث •

لهذا فان أعراض الصورة السريرية لالتهاب الملحقات الذي يرافق كافة حالات التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم تقريبا ، سوف تطغى على أعراض التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم •

على هذا الاساس يمكن تفسير الاضطرابات الطمثية المرافقة لالتهاب الملحقات ، بأنها أعراض تعود الى التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم المشارك•

التشخيص :

من كل ما تقدم نستنتج ان وجود التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم بشكل مستقل أمر نادر ، واذا وجد فانه يشكل فترة مرحلية قصيرة لا يلبث الالتهاب بعدها أن ينتقل الى الملحقات • لهذا فان تشخيص التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم المستقل أمر صعب ، اذا لم نعتمد على القصة السريرية وبخاصة الاضطرابات الطمثية ، التي لا تترافق عند اجراء المس المهبلي بأي تبدل غير طبيعي في الجهاز التناسلي • لذا فان التشخيص الصحيح يقوم فقط على تجريف الرحم وفحص المادة المجرفة نسجياً ، علماً بأن التجريف لايسمح به الا بعد زوال كافة الاعراض المرافقة التي تدل على آفة التهابية حادة (ترفع حروري ، التهاب ملحقات ، التهاب ما حول الرحم ، ضائعات قيحية) يستثنى من ذلك الحالات التي يترافق فيها التهاب الغشاء المخاطي بنزف شديد، وهو أمر نادر الوقوع •

الانواع الاخرى الخاصة لالتهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم :

عدا التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم بالجراثيم العادية مثل المكورات

العقدية والمكورات العنقودية والعصيات الكولونية، يمكن أن نميز أربعة أنواع أخرى خاصة هي :

١ ـ التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم البني .
Endometritis gonorrhoica

٢ ـ التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم السلي .
Endometritis tuberculosa

٣ ـ التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم بالمصورات الذيفانية .
Endometritis toxoplasmotica

٤ ـ التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم الشيخي .
Endometritis senilis

١ ـ التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم البني :
: Endometritis gononrrhoica

يحدث هذا الالتهاب نتيجة للاصابة بالمكورات البنية ، وهو لايشكل الا مرحلة انتقالية ما بين التهاب عنق الرحم والتهاب البوقين ، اذ أن التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم البني المزمن ليس له وجود. هذا وسوف تطرح المكورات البنية التي أدت الى هذا الالتهاب ، مع كافة التبدلات الالتهابية التي أصابت الغشاء المخاطي لباطن الرحم (الاحتقان ، التوذم ، النتح الخلوي ، التقرحات السطحية) ، عند انقذاف الغشاء المخاطي إبان الطمث التالي .

٢ ـ التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم السلي :
: Endometritis tuberculosa

يحدث التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم السلي، نتيجة لالتاهب الملحقات السلي أي بالطريق النازل ، كما يمكن أن يحدث بنسبة أقل بشكل التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم المنفرد ، نتيجة لانتقال العصيات السلية بالطريق الدموي . يمكن أن يؤدي هذا الالتهاب أحيانا الى التصاق الفوهة الباطنة لعنق الرحم وانسدادها ، حيث يقود ذلك الى انحباس ضائعات قيحية جبنية داخل جوف الرحم أي حدوث ما يسمى بتقيح الرحم Pyometra .



الشكل (٧٦) انحباس القيح داخل جوف الرحم او تقيح الرحم
كما يظهر تضيق قناة عنق الرحم

٣ ـ التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم بالمصورات الذيفانية :
Endometritis toxoplasmotica :

ان حدوث التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم بالمصورات الذيفانية لا يزال تحت المناقشة ، اذ يصعب بشكل عام اثبات وجود وحيدات الخلية Protozooen في الانسجة الملتهبة ، الا ان فرنر ولنغنر Werner, Langner وغيرهما استطاعوا اثبات وجود تبدلات في الغشاء المخاطي لباطن الرحم ناجمة عن الالتهاب بوحيدات الخلايا .

٤ ـ التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم الشيخي :
Endometritis senilis :

يعتبر هذا الالتهاب التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم الذي يصيب النساء المسنات ، والذي يمكنه أن يزمن بحيث يستمر شهورا أو سنينا ، وهو عادة قليل الحدوث، لان احتمالات هذا الالتهاب في مثل هذه السن قليلة. كما يغلب أن تكون الجراثيم المعدية هي العصيات الكولونية التي تنتقل بالطريق الصاعد . علماً بأن انعدام أو نقصان الاوستروجين في مرحلة ما بعد الطمث ، يلعب دوراً كبيراً في المساعدة على حدوث هذا الالتهاب . تعتبر الضائعات القيحية الرقيقة (غير الكثيفة) العرض الاساسي لهذا الالتهاب ، الذي يعد من

أهم الاسباب المؤدية الى تضيق عنق الرحم ، وبالتالي الى تقيح الرحم Pyometra .

أسباب تقيحـات الرحـم :

بالاضافة الى التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم الشيخي الذي يؤدي الى تقيح الرحم يمكن أن يعود هذا التقيح الى أسباب أخرى هي :

١ ـ سرطان جسم الرحم وعنق الرحم ، ويشكل الاسباب الرئيسـية لتقيـح الرحم .

٢ ـ عواقب تطبيق المعالجة بالراديوم على باطن عنق الرحم .

٣ ـ التهاب المهبل الشيخي .

٤ ـ التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم السـلي .

هذا ورغم أن أغلب تقيحات الرحم تكون تالية لالتهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم الشيخي الا اننا :

يجب أن نعتبر كل حادثة تقيح رحـم عند امرأة مسنـة ذات منشأ سرطاني حتى يثبت العكس .

معالجة التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم :

١ ـ الحالات الحـادة :

تحتاج المرأة المصابة بالتهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم الحاد قبل كل شيء الى الراحة المطلقة في السرير ، اذ يمكن بتطبيقها تطبيقاً تاماً أن نحول دون انتقال العدوم الى البوقين ، ثم يوضع كيس من الجليد على القسم السفلي من البطن ، وينظم التغوط، وتوضع المريضة على حمية غذائية معدومة أو قليلة الفضلات ، كما تعطى المرخيات ومضادات الألم ، وبذلك يمكننا ليس شفاء

المريضة فقط بل نقلها وبسرعة من الحالة الحادة الى ما تحت الحادة • أما في الحالات الشديدة التي تترافق بترفع حروري شديد ، فيجب عندئذ اعطاء الصادات واسعة الطيف مع مركبات الكورتيزون •

هذا ويمنع منعا باتاً اجراء تجريف الرحم في مثل هذه الحالات •

٢ ـ الحالات المزمنة :

تتميز هذه الحالات كما مر معنا سابقا ، بالنزوف وبخاصة بالطموث المديدة والشديدة ، أو بالنزوف الخفيفة المستمرة، وتعالج الحالات المزمنة قبل كل شيء معالجة هرمونية تقوم على اعطاء الاستروجين الذي يؤدي الى شفاء الغشاء المخاطي لباطن الرحم والى منع الالتهاب من الانتشار ، ويتجلى تأثيره باغلاق الاوعية الدموية النازفة ، مع احداث زيادة في التروية الدموية Hyperaemie ، والحث على الترمم ، كما يمكن اشراك مركبات السلفاميد مع الصادات في المعالجة وذلك حسب الحالة • أما اذا لم يتوقف النزف بعد تطبيق المعالجةالمذكورة، فالحالة تكون أحد أمرين، أي اما أن يكون التشخيص خاطئاً أي أن الحالة ليست حالة التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، أو أنها فعلا حالة التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم لكنها متشاركة مع آفة أخرى مثل :

آ ـ الآفات السرطانية •

ب ـ الاورام العضلية تحت الغشاء المخاطي لباطن الرحم •

جـ ـ بقايا مشيمية إثر ولادة أو إسقاط •

د ـ التهاب الملحقات •

هذا ويندر أن يشفى التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم اذا كان مشاركاً لالتهاب الملحقات مالم يشف التهاب الملحقات نفسه •

أما اذا بقي النزف رغم تطبيق المعالجة الهرمونية ، عندئذ نضطر الى اجراء تجريف الرحم ولكن ضمن الشروط التالية :

١ ــ انعدام التهاب الملحقات •

٢ ــ انعدام التهاب ما حول الرحم •

٣ ــ سرعة التثفل طبيعية •

٤ ــ تعداد الكريات البيض طبيعي •

ملاحظـة :

يجب تأجيل اجراء تجريف باطن الرحم في التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم التالي للولادة قدر الامكان، على أن لا تقل هذه المدة عن ثلاثة أسابيع، وذلك خوفاً من انتقال العدوى الى مناطق أخرى • كما يجب أن تبقى المريضة في سريرها (٥ ــ ٦) أيام بعد اجراء تجريف الرحم بشكل عام ، مع تطبيق المعالجة الهرمونية خلال هذه الفترة •

مرجلات جسم الرحم أو الورم الغدي لجسم الرحم :

Korpus palypen = Adenome des Corpus uteri
(Polyps of the uterine corpus) = (Adenome of the uterine corpus)

يجب التفريق بين مرجلات جسم الرحم ومرجلات عنق الرحم التي مــر ذكرها سابقا • أما مرجلات جسم الرحم فهي غالبا عبارة عن فرط تصنــع ســليم Hyperplasie يصيب الغشاء المخاطي لباطن الرحم في منطقة محددة ، أطلق عليها آشوف وشرودەر Aschoff und schroeder اسم الورم الغــدي للغشاء المخاطي لباطن الرحم ، لهذا فان مفهوم الورم الغدي لجسم الرحم يعني فرط تصنع لحمي Stroma غدي سليم للغشاء المخاطي لباطن جسم الرحم • وبما أن هذا الورم ينشأ من الخلايا القاعدية للغشاء المخاطي ، لذلك يمكن تسميته أيضا الورم الغدي القاعدي Basalisadenome = Basal adenome وهو يتألف من هيكل من النسيج الضام مع بنية غدية هما في مرحلة شديدة

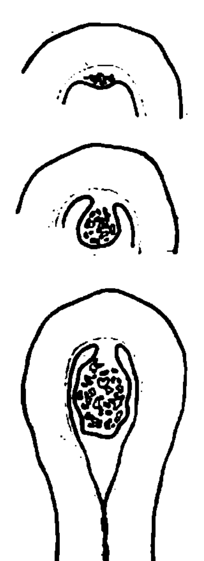
من مراحل فرط التصنع، ولا يشترط في هذا الورم أن يكون مفردا إذ يمكن أن يكون متعدداً أيضا .

الاسباب المكونة للورم الغدي Kausale Genese :

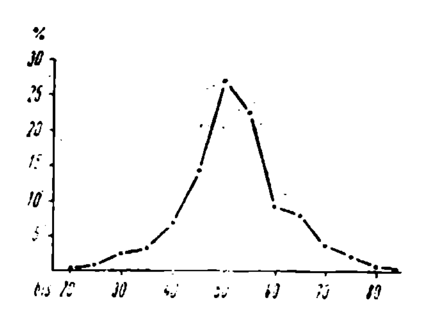
إن الاسباب المؤدية الى تكوين الورم الغدي غير واضحة ولكن مايعتقده البعض ومنهم نوفاك وڤينتر (Novak . Winter) هو ان الورم ناجم عن تأثير الاوستروجين الشديد على اللحمة Stroma .

وفرته :

يمكن أن تصادف مرجلات جسم الرحم في أية سنة من العمر ما بين الحادية عشرة حتى الشيخوخة ، كما يمكن مصادفتها أيضا قبل البلوغ أي قبل ظهور الطمث الاول ، الا أنه تغلب مصادفتها بعد تراجع أو توقف نشاط المبيضين الوظيفي ، أو بشكل أوضح في فترة سن اليأس ، حيث يضطرب افراز الاستروجين الذي يمكنه في هذه المرحلة أن يلعب دوراً حاثاً على فرط نمو الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، لذا يسمي البعض هذا الورم (الورم الغدي للنساء المسنات) .



الاشكال (٧٧) (٧٨) (٧٩) تظهر كيفية نمو مرجل جسم الرحم



الشكل (٨٠) النسبة المئوية لتوزع مرجلات جسم الرحم حسب سن المرأة

الاعـراض :

تتجلى أعراض مرجلات جسم الرحم في ثلاثة أعراض رئيسية هي :

١ ـ الطمث غير الطبيعي •

٢ ـ الضائعـات •

٣ ـ الآلام •

١ ـ الطمث غير الطبيعي : وهو عبارة عن نزف ما بعد الطمث Nachblutung ، يحدث نتيجة لتأخر في شفاء المنطقة النازفة أو الجرح النازف الذي تشكل نتيجة لانقذاف الغشاء المخاطي الساتر للمرجل ، ثم لا يلبث هذا النزف بعد تقدم الآفة أن يتحول الى نزف ما قبل الطمث (Vorblutung) ثم الى نزف ما بين الطموث (Zwischenblutung) وأخيرا الى نزف خفيف مستمر Schmier-Dauerblutung .

٢ ـ الضائعات : تكون هذه الضائعات بشكل :

آ ـ ضائعات مدماة : وهي تنجم عن رض الغشاء المخاطي الذي يستر المرجل (نتيجة للاحتكاك أثناء المشي أو الجماع) •

ب ـ ضائعات قيحية : وهي تنجم عن تقيح يصيب منطقة المرجل ، كما يمكن أن تحدث بسبب التهاب الغشاء المخاطي المتقيح الناجم عن التهاب المرجل نفسه •

٢ ـ الآلام : آ ـ نوبات تشنجية مؤلمة تحدث نتيجة لتقلصات عضلية تصيب الرحم لقذف المرجل الذي يشكل جسما أجنبيا داخل الرحم ، حيث تشبه هذه الآلام آلام الطلق اذا كانت المرجلات كبيرة الحجم •

ب ـ عسرة الطمث: ونقصد بها الآلام المرافقة للطمث، وتحدث فقط عند وجود المرجلات الكبيرة بسبب تشكيلها ما يشبه السدادة التي تغلق قناة عنق الرحم •

نسبة حدوث سرطان الاعضاء التناسلية في حالات وجود مرجلات جسم الرحم :

لقد أثبت كثير من الباحثين كثرة حدوث حالات سرطان الاعضاء التناسلية مرافقةلمرجلات جسم الرحم، وقد بلغت هذه النسبةحسب احصاء هوبر Huber (٣٠٪) أي انه في كل مائة حالة من حالات مرجلات جسم الرحم توجد من بينها ثلاثون حالة سرطانية متوضعة في أحد الاعضاء التناسلية ، وتزداد هذهالنسبةعند النساء اللواتي هن في فترةمابعد الطمث Postmenopause حيث تصبح النسبة ٥٠٪ •

اذ يشاهد في كل ١٠٠ حالة من حالات مرجلات جسم الرحم ٥٠ حالة سرطانية متوضعة في أحد الأعضاء التناسلية •

الا أن الاحصائيات الحديثة حسب لاو ، شتول Lau und Stoll سنة ١٩٦٢ أثبتت ان النسبة الحقيقية هي أقل بكثير مما ذكر •

ان أهم الأعضاء التناسلية التي تصاب بالتسرطن وتتواجد مع المرجلات هي عنق الرحم وجسم الرحم والمبيضان •

هذا وبالرغم من ان مرجل جسم الرحم هو في أغلب الحالات آفةسليمة، إلا أنه يجب فحصه من الناحية النسجية دائما مهما كان صغير الحجم للتأكد

من التشخيص • اذن استنادا لما ذكر ، توجد هذه المرجلات في كثير من الحالات مشاركة لآفات سرطانية في الجهاز التناسلي، لذا يجب أن نعلم أن مهمة الطبيب لا تقتصر فقط على إزالة هذا المرجل ، بل تستوجب اجراء كافة الفحوص اللازمة لنفي أو اثبات الآفات السرطانية المشاركة •

لقد اطلق هوبر Huber سنة ١٩٥٠ على الحالة التي تتواجد فيها مرجلات عنق الرحم أو جسم الرحم مع آفات سرطانية تصيب بعض الأعضاء التناسلية الأخرى اسم الطراز السرطاني Systemkarcinome • كما يشرح هوبر ان هذا الطراز يشير الى وجود حاثات منمية Proliferationsreize تؤثر في وقت واحد في موضع الجهاز التناسلي محدثة فرط تصنع خلوي ينجم عنه المرجل بينما تؤثر في مواضع أخرى محدثة آفة سرطانية •

التشخيص : يشاهد المرجل عادة بالنظر في الفوهة الظاهرة لعنق الرحم ، أما إذا لم يشاهد فيعتمد على اعراض تدل على احتمال وجوده أهمها:

١ ـ نزوف ما قبل الطمث •
٢ ـ نزوف ما بعد الطمث •
٣ ـ النزوف ما بين الطموث •
٤ ـ النزف المستمر، اذ يمكن أن تتصل هذه النزوف المختلفة مع الطمث مشكلة نزفاً مستمراً بحيث يتعسر على المريضة تعيين بداية الطمث ونهايته •
٥ ـ الضائعات المدماة •
٦ ـ الآلام •

لهذا يجب في كافة أنواع النزوف، معرفة مكان النزف بوضوح، فاذا ثبت أنه لا يصدر عن الفرج أو المهبل أو السطح الخارجي للفوهة الظاهرة لعنق الرحم (ويمكن معرفة ذلك بالفحص بالنظر فقط) ، فلا يبقى عندئذ مصدر للنزف سوى قناة العنق أو باطن جسم الرحم ، ويمكن التأكد من ذلك باجراء

التجريف المجزأ وفحص المادة المجرفة من عنق الرحم ومن جسم الرحم خلوياً كلاً على حـــدة .

المعالجـــة : يعتبر تجريف الرحم طريقة للتشخيص وفي نفس الوقت طريقة للمعالجة ، ولمعرفة فيما اذا كان المرجل يعود الى عنق الرحـــم أو الى جسم الرحم، يجرى التجريف المجزأ وتفحص المادة المجرفة من باطن العنق ومن باطن جسم الرحم خلويا كلا على حدة . هذا واذا أمكن الوصول الى قاعدة المرجل عند الفحص (وهذا نادر في مرجلات جسم الرحم) ، تقوم المعالجة عندئذ على التقاط المرجل بملقط خاص وتدويره باستمرار باتجاه واحد الى ان نفصله عن منطقة ارتكازه ، ثم تكمل المعالجة بتجريف الرحم الكامل وفحص المادة المجرفة والمرجل نسيجياً ، علماً بأنه يمنع منعاً باتا قطع المرجل بالمشرط أو بالمقص لما يعقب ذلك من نزوف شديدة . أما اذا كان المرجل كبيراً وبخاصة اذا كان الذنب سميكاً ويرتكز عميقا في باطن جسم الرحم ، فالمعالجة عندئذ تقوم على فتح البطن وفتح جسم الرحم وقطع المرجل عند منطقة ارتكازه ، اذ يحتمل أن يكون هذا المرجل عبارة عن ورم عضلي تحت المخاطي مذنب ؛ أما استئصال الرحم فيمكن التفكير به اذا كان المرجل يمثل حالة ناكسة أو كان مشاركاً لآفة مرضية أخرى .

يمكن الوقوع في خطأ فاحش تنعكس نتائجه على المعالجة عند النساء اللواتي هي في فترة ما بعد انقطاع الطمث، وذلك بالنسبة للتشخيص التفريقي ما بين الورم الغدي Adenom وفرط التصنع الغدي Glandulaere hyperplasie . اذ بينما يكتفي بمعالجة الحالة الاولى بتجريف الرحم كما يعمل عادة في مختلف مراحل العمر عند المرأة ، تستوجب معالجة الحالة الثانية في فترة ما بعد انقطاع الطمث ، فتح البطن نتيجة لوجود ورم مبيضي فعال (ذي نشاط هرموني) هو الورم الحبيبي أو الورم القشري Granulosazelltumor Thekazelltumor أدى الى نشوء حالة فرط التصنع الغدي .

داء البطانة الرحمية أو الاندومتريوز

ENDOMETRIOSE

تعريف : يعني داء البطانةالرحمية أو الاندومتريوز، وجود نسيجفعال من الغشاء المخاطي لباطن الرحم أو ما يشابهه Endometrioide خارج مكانه الطبيعي ، أي خارج منطقة الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، متوضعاً في نسيج العضلة الرحمية أو داخل أحد الاعضاء أو النسج الاخرى أو على سطحها •

وبالاختصار يمكن القول ان داء البطانة الرحمية عبارة عن هجرةالغشاء المخاطي لباطن الرحم ، اما الى الاعضاء التناسلية أو الى أعضاء أخرى ، ان أهم المناطق التي تصاب بداء البطانة الرحمية هي أربع :

١ ـ نسيج العضلة الرحمية •
٢ ـ البوقان •
٣ ـ المبيضان •
٤ ـ الجدار الخلفي لعنق الرحم أو (رتج دوغلاس) •

خواص داء البطانة الرحمية :

تتجلى هذه الخواص في كون تأثير الهرمونات المبيضية على البؤر المصابة بداء البطانة الرحمية ، أي على الغشاءالمخاطي لباطن الرحم الهاجر، لا يختلف عنه في تأثيرها على الغشاء المخاطي لباطن الرحم الطبيعي الموجود في مكانه أي في جوف الرحم • يعني ذلك ان التبدلات النسجية التي تصيب الغشاء المخاطي لباطن الرحم من حيث دور التنمي ودور الافراز ، تظهر أيضا في بؤر داء البطانة الرحمية بشكل قد يزيد أو ينقص •

فالاندومتريوز أو داء البطانة الرحمية اذن ، عبارة عن حالة من حالات فرط النمو ذي المنشأ الهرموني •

ينجم عن ذلك أن الغشاءالمخاطي لباطن الرحم الهاجر سوف ينمو ويتضخم في كل دورة طمثية كما يحدث تماماً في الغشاء المخاطي لباطن الرحم الطبيعي ، إلا أن الفرق بينهما هو أن الغشاء المخاطي الطبيعي يكون حرا عند حدوث التبدلات التي تطرأ عليه، بينما تعيق النسج المجاورة اتساع وتمدد بؤر الغشاء المخاطي الهاجر أو البؤر البطانية Endometrioide مما يؤدي الى شكوى المريضة من آلامشديدة تزداد خاصة خلال فترة الطمث . لذلك ينصح فيليب Philipp بالتذكير بداء البطانة الرحمية عند كل امرأة تشكو من آلام خلال فترة الطمث أينما كان موضع هذه الآلام .

حدوث داء البطانة الرحمية :

يحدث داء البطانة الرحمية في فترة النشاط التناسلي فقط ولا يمكن حدوثه قطعا قبل البلوغ ، كما تنتهي أو تتلاشى أعراضه في فترة سن اليأس . وتغلب مصادفته ما بعد سن الخامسة والثلاثين أما في فترة ما بعد انقطاع الطمث Menopause فلا يمكن تكونه مطلقا . هذا وتتعرض البؤر البطانية الى الضمور كما يحدث في الغشاء المخاطي لباطن الرحم عند غياب الهرمونات المبيضية .

اسباب داء البطانة الرحمية Aetiologie :

من المتفق عليه الآن ان اصابة جسم الرحم والبوقين بداء البطانة الرحمية ينجم عن تكاثر خلايا الطبقة القاعدية للغشاء المخاطي لباطن الرحم ، ثم لا يلبث هذا التكاثر أن يجتاز النسيج العضلي الرحمي الذي ترتكز عليه الخلايا القاعدية المتكاثرة ، ليكون البؤر البطانية الرحمية والبوقية والتي أطلق عليها اسمداء البطانة الرحميةالتناسلية الداخلية Endometriosis genitalis interna أي ان الانتقال هو انتقال مباشر للخلايا القاعدية باتجاه العمق . أما البؤر الاندومتريوزية الأخرى التي تصيب المبيض والوجه الخلفي لعنق الرحم (رتج دوغلاس) والتي تسمى داء البطانة الرحمية التناسلية الخارجية Endometriosis genitalis externa ، والبؤر الاندومتريوزية الاخرى



الشكل (٨١) توضعات بؤر داء البطانــة الرحمية

١ ـ الحالب
٢ ـ السرة
٣ ـ الامعاء الدقيقة
٤ ـ الاعـور
٥ ـ الزائدة الدودية
٦ ـ ندبات العمليات الجراحية
٧ ـ الحلقة المغبنية
٨ ـ الرباط المدور
٩ ـ المثانــة
١٠ ـ ثنيةالبريتوان الرحمي المثاني
١١ ـ الثنية المغبنة
١٢ ـ الاشفار وغدة بارتولان
١٣ ـ البريتوان الحوضي
١٤ ـ البوقــان
١٥ ـ الســين
١٦ ـ المبيضان
١٧ ـ السطح الظاهر للرحم
١٨ ـ النسـيج العضلي الرحمي
١٩ ـ الرباط العجزي الرحمي
٢٠ ـ الحجاب المستقيمي المهبلي
٢١ ـ عنق الرحم
٢٢ ـ المهبل
٢٣ ـ العجــان

المتوضعة في الاعضاء والانسجـة خارج الجهاز التناسلي Endometriosis extragenitalis فقد وضعت نظريتان لتعليل تكونها :

النظرية الاولى : نظرية سامبسون Sampson أو نظرية الانتقال •

النظرية الثانية : نظريـة ايفانوف Ivanoff أو النظريـة الابتليالية المصليـة •

النظرية الاولى : تعتبر هذه النظرية النظرية المهمة بالنسبة لاسباب تكون الاندومتريوز ، وتقوم على انتقال جزء من الغشاء المخاطي لباطن الرحم الى جوف البطن حيث تنزرع على أو داخل أحد الاعضاء أو الانسجة مؤدية الى تكون الاندومتريوز • لقد وضع هـذه النظرية سامبسون Sampson عام ١٩٢٧ ، حيث يعتقد أن جزءً من الغشاء المخاطي لباطن الرحم ينتقل خلال الطمث بالطريق الراجع عبر البوقين ، وان هذا الجزء ينتمي الى الطبقة المفرزة للغشاء المخاطي لباطن الرحم Funktionalis ، كمـا يعتقد ان حدوث هـذا الانتقال ممكن أيضا أثناء العمليات الجراحية المجراة على الرحم • أما البؤر الاندومتريوزية التي تتكون في المناطق البعيدة ، كالرئة ، والعمود الفقري ، والاطراف ، فيكون انتقال تلك الاجزاء من الغشاء المخاطي لباطن الرحم أما بالطريق الدموي أو بالطريق اللمفاوي • هذا وتميل الاجزاء المنتقلة من الغشاء المخاطي لباطن الرحم عبر البوقين الى البقاء في القسم الخلالي للبوق لتشكل المرجلات البوقيـة •

النظرية الثانية ـ او النظرية الابتليالية المصلية : Serosaepithelium :

لقد وضع هذه النظريـة ايفانوف Ivanoff عام ١٨٩٨ حيث يعتقـد أن الاندومتريوز ، هو تنشوء نسجي جديد ، ينجم عن وجود خلايا مصلية مضغية منطمرة تتكاثر تكاثراً شاذاً مؤدية الى تشكيل نسيج يشبه نسيج الغشـاء المخاطي لباطن الرحم ، سوف يتطور خلال فترة النشاط التناسلي مكوناً البؤر البطانية أو الاندمتريوزية •

لقد صرف الباحثون مؤخراً النظر عن النظرية الثانية واعتمدوا النظرية الاولى القائلة بهجرة جزء من الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، وتحدث هذه الهجرة بالطرق التالية :

١ ـ الطريق القنوي Kanalikulaer :

تؤثر التقلصات البوقية على المرجلات التي تكونت داخل لمعة البوق على حساب الاجزاء الهاجرة من الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، مؤدية الى انفصال أجزاء صغيرة من المرجل لتكمل سيرها عبر البوق الى جوف البطن . حيث تتوضع على أحد الاعضاء وتنمو على سطحه أو داخله مشكلة بؤر الاندومتريوز ، ويعود ذلك الى القدرة الحالة للانسجة التي تتمتع بها لحمة الغشاء المخاطي لباطن الرحم (وكذلك الاجزاء الهاجرة أو المنطلقة من المرجل) تحت تأثير الهرمونات المبيضية .

٢ ـ الطريق الراجع :

تنتقل بعض أجزاء الغشاء المخاطي لباطن الرحم خلال فترة الطمث بالطريق الراجع أي عبر البوقين الى جوف البطن ، حيث يمكنها أن تنزرع على سطح أو داخل أي من الاعضاء الاخرى . (نظرية سامبسون Sampson) . هذا ويجب أن نلاحظ هنا أن الاجزاء الهاجرة تعود الى الطبقة المفرزة للغشاء المخاطي لباطن الرحم ، وان الطبقة القاعدية معدومة فيها بعكس ما رأينا في تشكل الاندومتريوز داخل العضلة الرحمية حيث لا نجد الا طبقة الخلايا القاعدية .

٣ ـ الطريق الدموي :

يمكن للاجزاء الهاجرة من الغشاء المخاطي لباطن الرحم أن تنتقل بالطريق الدموي ، وقد أثبت فيليب وهوبر Philipp und Huber امكانية ذلك بتجاربهما . ويعتبر الطريق الدموي الطريق المسلوك في الانتقالات البعيدة ، كالانتقال الى النسيج العضلي للاطراف والى الرئة والعمود الفقري .

٤ ـ الطريق اللمفاوي :

كذلك يمكن أيضا انتقال الاجزاء الهاجرة من الغشاء المخاطي لباطن الرحم بالطريق اللمفاوي ، وان كان ذلك نادر الحدوث ، الا أن التجارب أثبتت امكانية هذا الانتقال •

داء البطانة الرحمية الداخلية الرحمي او الداء العضلي الغدي الرحمي

Endometritis interna uteri = Adenomyosis Uteri

وهو عبارة عن تكاثر مرضي للخلايا القاعدية للغشاء المخاطي لباطن الرحم ، في الطبقة العضلية التي تقع تحت هذه الطبقة من الخلايا القاعدية مباشرة •

هذا ويجب التأكيد على أن هذه البؤر البطانية المتشكلة ضمن النسيج العضلي للرحم هي بعكس البؤر التي تتشكل خارج الجهاز التناسلي ، وذلك حسب رأي لاكس (Lax) ، لن تتحول مطلقاً أو قد تتحول جزئياً فقط الى دور الافراز Sekretorische phase • ان اجتياز الخلايا القاعدية حدودها الى الطبقة العضلية يحدث بشكل انتشاري ، بحيث تتوزع البؤر البطانية في الطبقة العضلية وبخاصة القريبة من الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، وقد تشكل أحيانا عقدا بطانية أي اندومتريوزية قد يصل حجمها الى حجم بيضة



الشكل (٨٢) داء البطانة الرحمية الداخلية الرحمي او الداء العضلي الغدي الرحمي حيث يظهر متوضعا وبشكل محدد على الجدار الخلفي للرحم

الدجاج . وكما ذكر في السابق فان قدرة الغشاء المخاطي لباطن الرحم على النفوذ داخل النسيج العضلي الرحمي أو غيره من الانسجة ، تقوم على القدرة الحالة التي تتمتع بها لحمة الغشاء المخاطي لباطن الرحم (Stroma) (Schleinhautstroma) . هذا ولا يختلف النسيج الجديد المتكون في بنائه النسجي عن النسيج الأم ، الذي هو في هذه الحالة عبارة عن الطبقة القاعدية أو أن الاختلاف يكون ضئيلا جدا . لذلك فان النسيج الجديد يحوي على القسمين الذي يتكون منهما النسيج الأم ، أي يحوي على النسيج الابتليالي الغدي وعلى نسيج اللحمة ، كما أن هذا النسيج الجديد البطاني سوف يؤثر على النسيج العضلي الرحمي الذي يحيط به مؤديا الى زيادة ثخانته Muskelhypertrophie (وذلك حسب رأي لاكس) بحيث تتشكل طبقة عضلية قاسية تحيط بالبؤر البطانية .



الشكل (٨٣) داء البطانة الرحمية الداخلية الرحمي

إن احتواء النسيج الجديد على النسيج الابتليالي الغدي وعلى نسيج

اللحمة في البؤر التي تتشكل في عضلة الرحم ، لا يختلف عنه في البؤر البطانيه التي تتشكل خارج الرحم ، الا أن الفارق الكبير بينهما هو أن البؤر الرحميه تنشأ على حساب الخلايا القاعدية وتتأثر هرمونياً كما تتأثر الطبقة القاعديه نفسها ، أما البؤر الاخرى التي تتشكل خارج الجهاز التناسلي فتنشأ تقريباً دائماً على حساب الطبقة المفرزة • من ذلك يمكننا فهم الاسباب التي تجعل البؤر الموجودة خارج الجهاز التناسلي تتأثر هرمونياً تأثراً كبيراً والى أبعد الحدود بعكس البؤر الرحمية التي تكاد لا تتأثر الا قليلا بالهرمونات ، لأن من المعلوم أن الطبقة القاعدية لا تطرأ عليها التبدلات النسيجية كما تطرأ على الطبقة المفرزة كنتيجة للتأثير الهرموني خلال الدورة الطمثية •

اعراض داء البطانة الرحمية الداخلية الرحمي :

١ ـ **عسرة الطمث** : تتجلى بآلام طمثية قد تشتد أحيانا بحيث لايمكن تحملها ؛ وتعتبر عسرة الطمث هذه العرض الوصفي الذي يحدث في أغلب حالات داء البطانة الرحمية الداخلية الرحمي •

ملاحظـة :

تتميز الآلام الطمثية في داء البطانـة الرحمية بأنها ليسـت آلاماً بدئية ، أي أن المريضة لم تشعر بها منذ الطمث الاول ، بل تؤكـد أن طموثاً كثيرة كانت قد مرت دون أن تترافـق بأي ألم وأن هذه الآلام لم تشعر بها الا مؤخرا ، مثلا في نهاية العقد الثاني أو بداية العقد الثالث أو بعد ذلك •

تبدأ الآلام الطمثية عادة وفي أغلب الحالات قبل (٢ ــ ٤) أيام من حدوث الطمث وتعليل ذلك أمر سهل ، فالبؤر البطانية الموزعة داخل نسيج العضلة الرحمية تتضخم وتحتقن (ثم تنزف دون أن يكون باستطاعة الدم النازف الانقذاف من البؤرة الباطنية) قبيل حدوث الطمث ، حيث تؤدي كل

هذه التبدلات الى ممارسة ضغط شديد على النسيج المحيط بالبؤرة فتتوتر النسج العضلية المضغوطة مؤدية الى حدوث تلك الآلام •

> لذا فان كل حالة من حالات الآلام الطمثية الشديدة التي تشكو منها المرأة في نهاية العقد الثاني أو العقد الثالث من عمرها أو بعد ذلك وللمرة الاولى، تعتبر دليلا على اصابة المرأة بداء البطانة الرحمية•

٢ ـ **شدة الطمث** : يفقد الرحم الذي يحوي على البؤر البطانية في نسيجه العضلي قسماً من قدرته على التقبض ، مما يؤدي الى شدة في الطمث تترافق غالباً بامتداده أيضا • كما يمكن الشعور أثناء تجريف الرحم بقساوة متوضعة في مكان أو أمكنة متعددة من جدار الرحم ، وقد يمكن الشعور أحيانا بحدبة أو حدبات شديدة القساوة ، لذلك تعتبر هذه القساوة أو التحدبات دليلا على وجود داء البطانة الرحمية • لهذا يجب التفكير بوجود داء البطانة الرحمية في كافة حالات اشتداد وامتداد الطمث •

٣ ـ **ضخامة الرحم** : تصاب الارحام الحاوية على البؤر البطانية بالتضخم الخفيف بحيث لا يتجاوز حجمها قبضة اليد ، كما تبدي قساوة قد تكون شديدة جدا ، إلا أن هاتين الصفتين يمكن مشاهدتهما أيضا في حالات أورام الرحم العضلية ، بحيث يصعب التفريق بينها وبخاصة عندما نعلم أن الرحم يمكن أن يصاب بالحالتين معاً ، أي بداء البطانة الرحمية وبالورم العضلي • غير أن قصة المريضة يمكن أن تقود الى وضع التشخيص التفريقي ، إذ أن عسرة الطمث وشدة الطمث يرجحان داء البطانة الرحمية إذا ترافقتا بالقساوة الموضعة والتحدب التي يشعر بها عند تجريف الرحم ، أو بشدة قساوة الرحم عموماً التي يشعر بها بالمس حيث يكون الرحم قاسياً كالحجر ، كل ذلك يرجح داء البطانة الرحمية •

داء البطانة الرحمية الداخلي البوقي :
: Endometriosis interna tubae = Tuben-endometriose.

كما ينشأ داء البطانة الرحمية الداخلية الرحمي عن تكاثر مرضي للخلايا القاعدية، كذلك ينشأ داء البطانة الرحمية الداخلية البوقي بطريق الاستمرار Per continuitatem عن تكاثر هذه الخلايا القاعدية للغشاء المخاطي لباطن الرحم ، لتتوضع في الطبقة العضلية للقسم الخلالي للبوق، بعد أن تزيح الغشاء المخاطي لباطن البوق ٠

تبلغ نسبة الاصابات بداء البطانة الرحمية البوقي في فترة سن النشاط التناسلي حسب بعض الاحصائيات (٢٥ ــ ٥٠٪) ، الأمر الذي يعطي لهذه الآفة أهمية كبرى بسبب نتائجها السيئة التي تنعكس على المريضة ، ومن أهم هذه النتائج :

١ ــ تشكل عقيدات في القسم الخلالي للبوق تؤدي الى اغلاق البوق الجزئي أو التام مما يؤدي الى :

آ ــ العقم : يلعب داء البطانة الرحمية البوقي دورا مهما في احداث العقم في النساء اللواتي هن بين السن (٣٠ ــ ٤٠) من العمر ، وقد بلغت حالات الانسداد التام حسب احصائيات فيليب وهوبر (Philipp und Huber) ٢٩٪ من حالات داء البطانة الرحمية البوقي ٠

ب ــ الحمل البوقي : ويحدث في حالات الانسداد القسمي للبوق ٠

٢ ــ المرجلات البوقية : تؤدي غالبا البؤر البطانية البوقية الى تشكيل مرجلات تتوضع في القسم الخلالي من البوق ٠

ان أهم انتشارات داء البطانة الرحمية الى جوف البطن ، هي الانتشارات التي تتوضع على سطح أو داخل المبيض ، وعلى الوجه الخلفي لعنق الرحم في رتج دوغلاس ٠

داء البطانة الرحمية المبيضي « Ovarialendometriose » :

تتوضع البؤر البطانية على سطح المبيض ، كما تتوضع في داخلـه ، وتصيب غالباً المبيضين معاً :

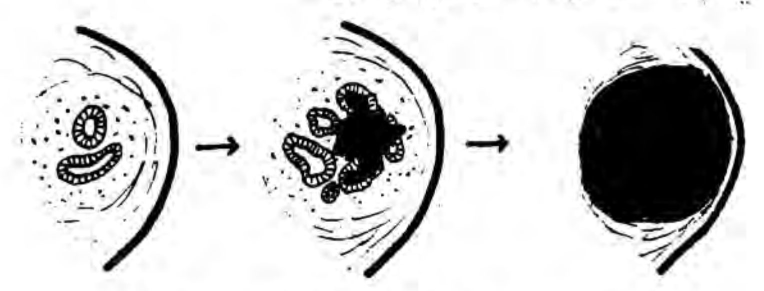
آ ـ البؤر المتوضعة على سطح المبيض : تشكل هذه البؤر كيسات صغيرة مملوءة بالدم الذي يتكون بشكل دوري في كل طمث ، كما يحدث في الدورة الطمثية الطبيعية، ويكون لونها أزرق محمر أو أزرق مسود، وتميل هذه الكيسات الى الانفتاح على بعضها البعض مشكلة جوفا أو كيسة كبيرة مملوءة بالدم .



الشكل (٨٤) داء البطانة الرحمية المبيضي حيث تظهر البؤر البطانية على ظـاهر المبيض الايسر وداخل المبيض الايمن

ب ـ أما البؤر التي تتشكل داخل نسيج المبيض ، فانها تكون أوراماً دموية Haematome أكبر من الكيسات التي تتشكل على سطح المبيض ، بحيث يبلغ قطر الورم ١٠ سم أو ما يزيد . أما الدم المتكون فتزداد كثافته ويأخـذ اللـون الاسـود المزرق أو الاسـود بحيـث يشـبه لـون الشوكولاته أو الجـير ، محدثـاً الكيسـات الجيرية أو الشـوكولاتية (Teer-oder Schokoladenzysten .

تنفجر الكيسات السطحية دائماً تقريباً في جوف البطن مما يؤدي الى تكون التصاقات وصفية مع الاعضاء المجاورة • كما أن الكيسات الشوكولاتية تشاهد عند فتح البطن محددة بالالتصاقات التي حصلت بينها وبين الاعضاء المجاورة ، مشكلة ورماً يسمى الورم التراكمي Konglomerattumor يتصف بالآلام الشديدة المتوضعة أسفل البطن قبل وخلال الطمث • كما يمكن أن تكشف هذه الكيسات الشوكولاتية عند فتح البطن لدى بعض النساء اللواتي لم يشكين من أية أعراض من قبل •



الشكل (٨٥) تطور كيسة شوكولاتية داخل المبيض

داء البطانة الرحمية خلف العنق أو داء البطانة الرحمية لرتج دوغلاس :
Retrozervikale Endometriose = Douglasendometriose

يشعر بالمس المهبلي في نهاية الجدار الخلفي للمهبل حذاء عنق الرحم ، أو في رتج دوغلاس ، بضخامة عقدية الشكل بحجم البندقة أو الجوزة أو أكبر من ذلك وان كان هذا أمراً نادراً • يمكن لهذه العقدة أن تتوضع على أحد الرباطين العجزيين الرحميين ، كما يمكن لها أيضا أن تلتصق بالبريتوان ، أو بالجدار الخلفي للمهبل بحيث تصبح غير قابلة للحركة مشكلة ما يسمى بالورم خلف الرحمي Retrouteriner tumor وهو ورم غير منتظم سطحه ذو عقيدات أو تحدبات خفيفة •

التشخيص التفريقي :

يجب التفكير في الحالات التالية لاجراء التشخيص التفريقي عن داء البطانة الرحمية خلف العنق :



الشكل (٨٦) داء البطانة الرحمية خلف العنق منتشرة الى جدار المستقيم

آ ـ العقيدات السلية ٠
ب ـ سرطان المبيض المنتشر ٠
جـ ـ سرطان البريتوان ٠

الا أنه في الواقع يندر الوقوع بالخطأ في تشخيص داء البطانة الرحمية خلف العنق ، لأنها تتميز أثناء الفحص بالمس المهبلي أو الشرجي بخاصة وصفية هي الألم الشديد ٠

إذ لا توجد أية كتلة متوضعة خلف الرحم تتصف بمثل الألم المحدث ، الذي تتصف به العقدة البطانية خلف العنق أثناء المس المهبلي أو المس الشرجي ٠

لذا يجب اجراء المس الشرجي دائماً وبدون استثناء عند وجود مثل هذه الاورام ، ليس لانها يمكن أن ترتشح في جدار المهبل وغيره فحسب ، بل لانها يمكن أن ترتشح في جدار المستقيم أيضاً أو غيره ٠

اذا ارتشحت العقدة البطانية خلف العنق الى جدار المهبل ، فانها تتوضع عادة في القسم الخلفي من قبته، ونادرا في الجانبين، وتبدو في النظر على شكل

عقدة مزرقة اللون يبلغ قطرها ١ سم تقريبا . مشكلة ما يسمى داء البطانة الرحمية المهبلية Scheidenendometriose .

اعراض داء البطانة الرحمية خلف العنق :

تتجلى هذه الاعراض بما يلي :

١ ـ الألم المحدث أثناء المس المهبلي أو الشرجي مع ألم وصفي عند تحريك عنق الرحم للاعلى ، كما يلاحظ بالمس أيضا تحددا في حركة الرحم .

٢ ـ الألم أثناءالجماع وبعده، مع الألم بعد التغوط، وقد تشعر المريضة أحيانا بآلام تشنجية أثناء التغوط .

٣ ـ الآلام الطمثية التي تكون غالباً شديدة جداً .

يمكن لداء البطانة الرحمية البوقي إذا ترافق بانسداد الصيوان ، أن يؤدي الى تراكم النزف الذي يحدث أثناء الدورات الطمثية في البؤرة البوقية داخل البوق ، ومن ثم الى امتلائه في المستقبل وتشكل الورم البوقي الدموي، الذي يؤدي الى حدوث آلام قولونجية ترافق الطمث ، والذي يمكن أن يشخص خطأ حملا خارج الرحم ، وبالتالي يدفع الطبيب الى اجراء فتح البطن .

أشكال داء البطانة الرحمية :

ان أبسط التصانيف التي وضعت لاشكال داء البطانة الرحمية هو التصنيف الذي وضعه فيليب وهوبر Philipp und Huber حيث صنفاه الى :

١ ـ داء البطانة الرحمية البدئي Primaere Endometriose :

وهي الحالات الناجمة عن التكاثر العميق المباشر للغشاء المخاطي لباطن الرحم والذي نجده :

آ ـ في نسيج العضلة الرحمية .

ب ـ في النسيج العضلي البوقي .

وقد أطلق على هاتين الحالتين اسم داء البطانـة الرحمية التناسلية الداخليـة •

٢ ــ داء البطانة الرحمية الثانوي Sekundaere Endometriose :

وتشمل كافة حالات داء البطانة الرحمية الاخرى التي تنجم عن انتقال بعض الاجزاء من الغشاء المخاطي لباطن الرحم الى مناطق أخرى ، والتي يمكن أيضاً تقسيمها الى قسمين :

آ ــ داء البطانة الرحمية التناسـلية الخارجية : وهي التي تصيب المبيض ، والقسم الخلفي لعنق الرحم ، والرباط العجزي الرحمي ، والمهبل ، وفوهة عنق الرحم ، والفرج •

ب ــ داء البطانة الرحمية خارج الجهاز التناسلي : تشكل (٣ ــ ٥٪) من مجموع كافة حالات داء البطانة الرحمية ، وتتوضع في المثانة ، وندبات الجروح (بعد عملية أجريت على الرحم) ، والسرة ، والامعاء ، كما يمكن أن تتوضع نادرا في الرئة وفي الاطراف •

اعراض داء البطانة الرحمية المثاني Harnblasentenesmen :

تتجلى هذه الاعراض بزحير مثاني مؤلم مع تعدد البيلات Pollakisurie تبدأ قبل حدوث الطمث بـ (٣ ــ ٧) أيام وتنتهي قبيل نهايته ، ثم تنعدم كافة الآلام بعد ذلك الى أن يقترب الطمث التالي ، كما تشـاهد بتنظير المثانة بؤر زرقاء محمرة موزعة داخل المثانة •

> على هذا الاساس يجب الاشتباه بوجود داء البطانة الرحمية عنـد امرأة تشكو من آلام ذات علاقة بالدورة الطمثية أينما توضع هذا الألـم •

المعالجـــة :

تستهدف المعالجة إزالة الألم والنزف واحتمال التوصل الى شفاء العقم ، اذا كان داء البطانة الرحمية سبباً له ، ولها ثلاثة أنواع هي :

المعالجة الجراحيــة ـ المعالجة الهرمونية ـ المعالجة الشعاعية •

١ ـ المعالجة الجراحية : رغم أن المعالجة الهرمونية أصبحت المعالجة المعتمدة بشكل عام، إلا أن المعالجة الجراحية لا تزال تلعب دورا مهماً ، فالبؤر الكبيرة الحجم لا يمكن إزالتها بشكل تام الا بالمعالجة الجراحية ، علماً بأن هذه المعالجة الجراحية لم تعد جذرية واسعة كما كانت في الماضي ، لانها قد تؤدي الى اصابة الاعضاء التي انتشرت اليها البؤر البطانية كالامعاء والمثانة والحالب ، بالاضافة الى ما سوف يترتب على هذه الاصابة من نتائج سيئة • لقد أثبت فيليب Philipp أن المعالجة الجراحية المحافظة (غير الواســعة) يمكنها أن تؤدي الى النتائج المرجوة •

كذلك تعتبر المعالجة الجراحية ضرورية في الورم البوقي الدموي الكبير الحجم، والكيسات الشوكولاتية الكبيرة، لتعرضها اذا لم تستأصل الى التمزق أو التسرطن أو الانفتال ، علماً بأن الاورام المبيضية عموماً يجب استئصالها جراحياً حسب القاعدة المعروفة القائلة بوجوب استئصال كافة الاورام المبيضية وبدون استثناء • أما اذا كان التشخيص يرجح وجود داء البطانة الرحمية أكثر من وجود ورم مبيضي آخر ، فيمكننا عندئذ تأجيل المعالجة الجراحية عدة أسابيع وتطبيق المعالجة الهرمونية ، وفي حال فشلها نعود عندئذ الى المعالجة الجراحية • كذلك بالنسبة للبؤر البطانية الموجودة في القسم البرزخي من البوق ، والتي أدت الى انسداده ، حيث تفضل معالجتها جراحيا باستئصال القسم المصاب من البوق ثم زرعه مجددا في الرحم • هذا وينصح البعض بتطبيق المعالجة الهرمونية (٤ ـ ٨) أسابيع في الحالات التي تســتوجب المعالجة الجراحية ، بهدف التأثير على تلك البؤر لكي يصغر حجمها وتخف التصاقاتها مع الاعضاء المجاورة ، مما يسهل المداخلة الجراحية بعدئذ •

٢ ـ المعالجة الهرمونية : تقوم هذه المعالجة على العلاقة الكائنة بين داء البطانة الرحمية وبين وظيفة المبيض الهرمونية ، ويمكن المعالجة بالاندروجين أي الهرمون المولدللذكورة، كما يمكن المعالجة أيضا بالهرمونات المبيضية المؤنثة أي الاستروجين والجستاجين •

آ ـ المعالجة بالاندروجين Androgen : يمكن لهذه المعالجة أن تؤدي الى النتائج المرجوة ، الا أن التأثيرات الجانبية للاندروجين وبخاصة ظهور علامات الاسترجال من جهة، والنتائج الممتازة التي يحققها استعمال الاوستروجين والجستاجين من جهة ثانية ، قللت كثيرا من استعماله •

ب ـ المعالجة بالاوستروجين والجستاجين Oestrogene, Gestagene : لقد أثبت هوفمان Hoffmann سنة ١٩٤٨ أن اعطاء الجستاجين في داء البطانة الرحمية الندبي يؤدي الى نتائج حسنة جدا ، ثم لاحظ كيستنر Kistner بعد هوفمان بعدة سنوات ، زوال البؤر البطانية وأعراضها خلال فترة الحمل وبعد الولادة وقد لا تنكس الا بعد مرور فترة طويلة ، وعلى هذا الاساس بدىء بتطبيق المعالجة بمركب الاوستروجين والجستاجين معاً ، وتعطى هذه المعالجة بطريقتين :

آ ـ المعالجة الدورية : وتقوم على اعطاء الحبوب المانعة للحمل مدة (٦ ـ ٨) أشهر •

ب ـ المعالجة المستمرة : وتقوم على اعطاء الجستاجين يومياً وبنفس المقدار مدة لا تقل عن ستة شهور •

ان اعطاء هرمون الجستاجين وحده يؤثر تأثيراً مركزياً ويمنع حدوث الاباضة ، كما يؤثر في نفس الوقت على الغشاء المخاطي لباطن الرحم وعلى البؤر البطانية ، التي كما نعلم تشبه الغشاء المخاطي لباطن الرحم نسيجياً ، فتحولها الى الغشاء الساقط الذي لا يلبث أن يصاب بالتنخر ثم يتعرض

للارتشاف • هذا وبما أن داء البطانة الرحمية الخارجية لا يحوي على خلايا الطبقة القاعدية ، فانه يشفى تماماً وتزول البؤر نهائياً بالمعالجة الهرمونية المذكـورة •

٣ ـ المعالجة الشعاعية :

تعتبر المعالجة الشعاعية معالجة غير مباشرة ، اذ أن تطبيق الاشعة على المبيضين وانهاء عملهما الوظيفي ، سوف يؤدي الى توقف نمو البؤر البطانية وبالتالي الى اختفاء أعراضها • تستعمل هذه المعالجة غالباً عند النساء اللواتي هن في سن اليأس ، الا أن المعالجة الشعاعية بشكل عام أصبح استعمالها ضئيلا نظرا للنتائج الحسنة التي أمكن التوصل اليها بالمعالجة الهرمونية •

أورام الرحـم

TUMOREN DES UTERUS
TUMORS OF THE UTERINE

أورام الرحم السليمة

Gutartige tumoren des uterus
Benign tumors of the uterine

أورام الرحم العضلية

Myome of the Porpus uterus
Myome of the uterine corpus

التعريـف : الأورام العضلية الرحمية هي أورام تنشأ من العضلات الملساء (لذلك تسمى أيضا الاورام العضلية الملساء) Leiomyome ، يتخللها نسيج ضام تختلف نسبته من ورم الى آخر •

وفرتهـا : تشكل الاورام العضلية الرحمية النسبة الكبرى بين أورام الرحم عامة ،

كما تشكل الاورام العضلية الرحمية ٩٥٪ من كافة الاورام السليمة لجسم الرحم •

تصادف (٩٠٪) من الاورام العضلية الرحمية عند النساء اللواتي هن ما بين السنة (٣٥ ــ ٥٥) من العمر ، كما يسكن القول أيضا بأنها قد لا تصادف مطلقاً قبل السنة (٢٠) من العمر ، ويندر وجودها قبل السنة (٢٥) من العمر ، كما أن النساء اللواتي هن في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث لا يصبن مطلقاً بهذه الاورام • تتوقف الاورام العضلية الرحمية في حالة وجودها عن النمو بعد سن ما بعد الطمث ، ثم تأخذ بالتراجع نتيجة لضمور الخلايا العضلية ،

وعلى هذا الاساس ، فان الاورام التي يزداد نموها أو التي تتكون حديثاً بعد سن اليأس ، ليست أوراما عضلية رحمية بل أورام خبيثة •

ملاحظة : لقد لوحظ حسب الخبرات القديمة ، أن سن اليأس يتأخر عند النساء المصابات بالاورام العضلية الرحمية مدة (٥ ــ ٧) سنوات عن حده الطبيعي •

اشكالها :

١ ــ الاورام الخلالية : Intramorale Myome :

تنشأ العقد الورمية وتنمو داخل الجدار العضلي دون أن تؤدي الى تمدد في الغشاء المخاطي لباطن الرحم أو في النسيج العضلي الرحمي ، والواقع أن كافة الاورام العضلية الرحمية هي في بداية الأمر أورام خلالية •

٢ ــ الاورام تحت المصلية : Subseroese Myome :

تنمو العقد الورمية باتجاه الطبقة المصلية لتشكل تحدباً ظاهرا على السطح الخارجي لجسم الرحم ، واذا ما استمرت هذه الاورام بالنمو ، فانها

سوف تنفصل عن جدار الرحم وتبقى معلقة فيه بذنب مكسو أيضا بالنسيج المصلي الرحمي •

٣ ــ الاورام تحت المخاطية Submukoese Myome :

تنمو العقد الورمية باتجاه جوف الرحم لتشكل تحدبـاً ظاهرا تحت الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، كما يمكنها اذا استمرت في النمو أن تأخذ شكل مرجلات مذنبة تتدلى من قناة عنق الرحم لتظهر من خلال فوهته الخارجية •

٤ ــ الاورام العنقية : Zervikale Myome :

تنمو العقد الورمية ضمن جدار عنق الرحم •

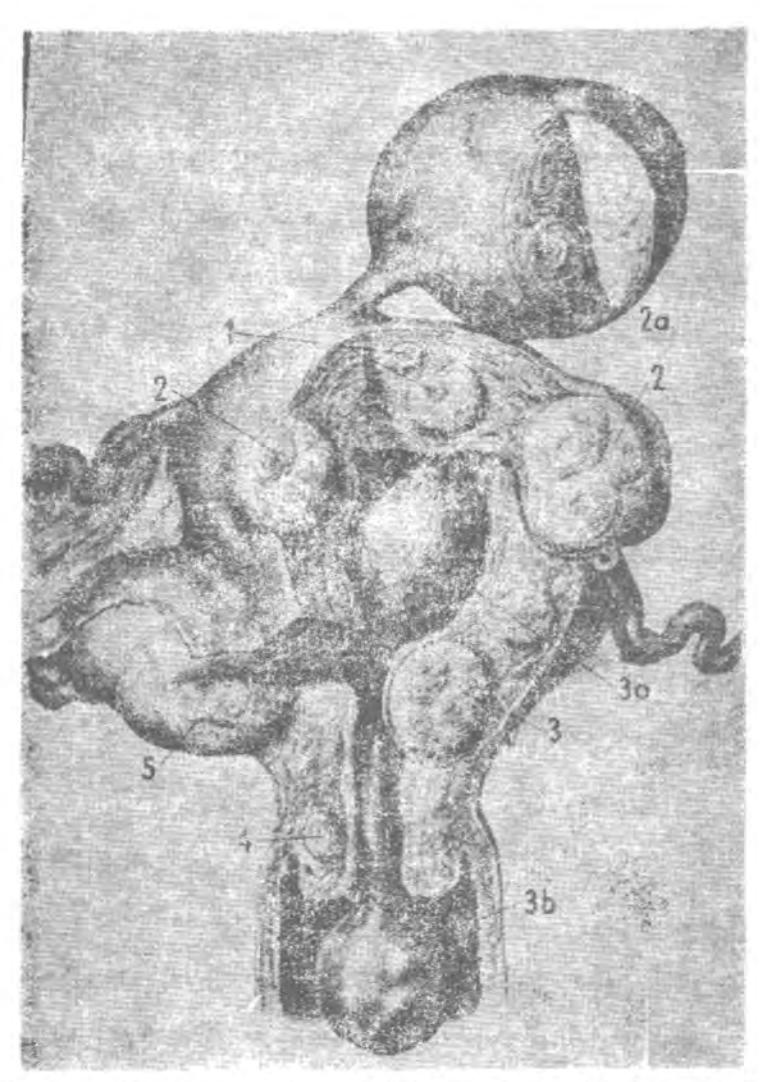
٥ ــ الاورام المستبطنة للاربطة : Intraligamentaere Myome :

تنشأ هذه الاورام على الحواف الجانبية للرحم لتنمو خارج البريتوان بين وريقتي الرباط العريض ، فاذا ما بلغت حجماً معيناً فانها سوف تضغط على الاوعية والاعصاب العائدة للطرف السفلي ، مما يؤدي الى حدوث أعراض تشير الى هذا الانضغاط •

التشــريح المرضــي :

تنشأ الاورام العضلية الرحمية من العضلات الملساء ومن النسيج الضام ، بحيث تتشكل حزم عضلية تسير في كافة الاتجاهات • يتكون النسيج الضام عادة من ألياف مرنة ، فاذا كانت نسبة هذا النسيج في الورم العضلي كبيرة ، سمي هذا الورم العضلي الورم العضلي الليفي Fibrome .

هذا ويغلب أن تكون الاورام الخلالية الكبيرة محاطة بمحفظة تتشكل حسب رأي مأير Mayer من انضغاط النسيج العضلي المحيط بالورم ، كما أن من الملاحظ أيضا أن الأورام العضلية الرحمية تكون عادة متعددة في الرحـــم •



الشكل (٨٧) أشكال الاورام العضلية الرحمية حسب الامكنة المتوضعة فيها

١ ـ الورم الخلالي

٢ ـ الورم تحت المصلي

٢ آ ـ الورم تحت المصلي المذنب

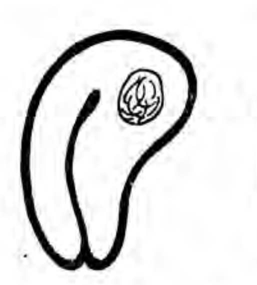
٣ ـ الورم تحت الغشاء المخاطي

٣ آ ـ الورم تحت الغشاء المخاطي المذنب

٣ ب ـ الورم تحت الغشاء المخاطي المذنب المتدلي في المهبل

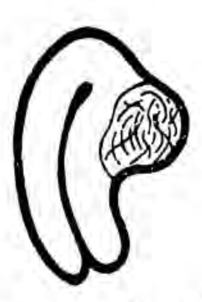
٤ ـ ورم صغير في العنق

٥ ـ الورم المستبطن للرباط





الشكل (٨٨) تطور ورم خلالي


الشكل (٨٩) تطور ورم تحت المصلي

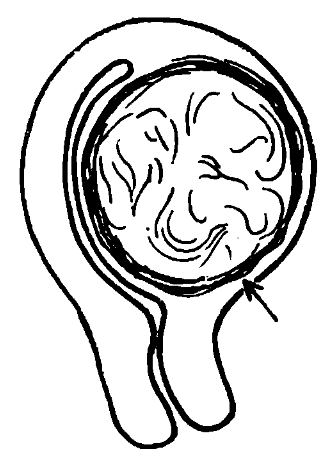




الشكل (٩٠) تطور ورم تحت الغشاء المخاطي

الاسباب المؤدية لتكونها : Aetiopathogenese :

من المعروف منذ أمد طويل أن هناك علاقة بين تكون الاورام العضلية الرحمية، وبين الاضطرابات الهرمونية الشديدة، غير أن هذا الموضوع لا يزال تحت المناقشة ، إلا أن المرجح حاليا بالنسبة لنتائج هذه المناقشة هو أن تكون



الشكل (٩١) ورم خلالي كبير وتكون الاورام الخلالية الكبيرة غالبامحاطة بمحفظة

هذا الورم يتعلق بفرط افراز هرمون الاستروجين ، إذ ثبت أن هذه الاورام تنشأ في فترة النشاط التناسلي ، كما تأخذ بالتراجع عندما تتراجع وظائف المبيضين • كما ثبت أيضا أنـه بينما يؤدي هرمون الاستروجين الى ازدياد نمو هذه الاورام ، فان هرمون الاندروجين وهرمون الجستامين يؤديان الى تراجعه • هذا وقد أكدت الابحاث الحديثة أن الموضوع لا يتعلق فقط بفرط افراز الاستروجين دائماً ، بل يتعلق باضطراب افراز مجموعة من الهرمونات وبخاصة الهرمونات الستيروئيدية ، وهرمونات الكظر ، وكمية الكولسترين ، الا أن تفاصيل هذه العلاقات لم تتضح بعد •

لقد أثبتت بعض الابحاث الحديثة أيضاً وجود علاقة بين تكون هذه الاورام وبين العرق والبنية ، والعوامل الارثيـة ، إذ لوحظت كثرة هـذه الاورام في النسـاء من العرق الاسود أكثر منها في النساء من العرق الابيض ، وقد بلغت النسبة بينهما حسب بعض الاحصائيات (١/٩ ــ ١/١٦) ، كمـا لوحظت هذه الاورام عند النساء المصابات بالسمنة وخاصة اللواتي لا يقمن بأعمال بدنية • كذلك حسب رأي ستامبو لوفيتش وغيره Stambolovic' سنة ١٩٦١ ، توجد علاقة وان كانت ضعيفة بين تكون الورم العضلي الرحمي

وبين النساء المنقطعات عن الحياة الجنسية ، أو المصابات بالشبق (الودق) ، أو بالبرودة الجنسية •

أما بالنسبة للتكون النسجي Histogenese لهذه الاورام ، فلا يزال الجواب مختلفاً عليه ، الا أن من الثابت أن هناك أسباباً منبهة تؤدي الى حث بعض الخلايا العضلية في منطقة محدودة من الرحم لتتكاثر تكاثراً مرضياً • لقد أورد هرمان Hoermann سنة ١٩٦٠ ملاحظة حديثة بالنسبة للتوضع المتناظر للاورام العضلية الرحمية ، إذ وجد أنه اذا قطع الرحم ابتداء من منتصف القعر ، ومروراً بالعقد الورمية المرئية ، ووصولا الى جوف الرحم ، فنرى أن هناك قاعدة تنظم توضع الورم في جسم الرحم بشكل متناظر ، واستخلص هرمان من هذا التناظر أن الورم العضلي هو عبارة عن اضطراب خلقي للخط المتوسط للرحم Dysrhaphischer Stoerung ، أي اضطراب يصيب الرحم أثناء تشكله يحدث على الخط المتوسط الذي يقسمه الى قسمين متناظرين •

الاستحالات الثانوية للأورام العضلية الرحمية :

١ ـ الليونة : يصاب الورم العضلي الرحمي بالتليّن غالباً كنتيجة للتموت الناجم عن نقص في التروية الذي يحدث في الاورام تحت المصلية المذنبة ، نتيجة لانفتال الذنب أو لانسداد الاوعية الدموية الخثري • كما يمكن أن يحدث هذا التلين أيضا نتيجة لاستحالة وذمية تصيب الورم ، أو نتيجة لاستحالة شحمية تصيبه غالباً في فترة النفاس • كما يمكن أن يحدث أيضاً نتيجة لالتهاب جرثومي يصيب الورم بحيث يؤدي الى تموت بعض الانسجة فيه وبالتالي الى تقيحها ، وتشاهد هذه الحالة خاصة أثناء الاصابة بالحمى النفاسية ، أو بعد تجريف أجري على رحم مصاب بورم تحت المخاطية • هذا ويلاحظ أن الاورام العضلية الرحمية المتلينة التي يتشكل داخلها جوف أو أجواف مملوءة بسائل ، تميل الى النمو السريع بحيث تلتبس بالمس المهبلي مع الكيسات المبيضية •

٢ ـ القســاوة : تصاب الاورام العضلية الرحمية بالقساوة في الحالات التاليــة :

آ ـ اذا أصيبت بالتكلس ، إذ يمكن في حالات نادرة العثور على توضع كلسي داخل الورم •

ب ـ اذا أصيبت باستحالة نسجية ، إذ أن الاورام الرحمية العضلية تكاد تتكون فقط من نسيج عضلي مع جزء بسيط من نسيج ضام ، لذلك تكون لينة الملمس ، الا أنها يمكن أن تصاب باستحالة تؤدي الى زيادة كبيرة في النسيج الضام مما يحول ملمسها اللين الى ملمس قاس وهي الأورام التي يطلق عليها اسم الاورام الليفية العضلية الرحمية Fibromyome ، وتنجم هذه الاستحالة عن نقص التروية الذي يصيب الورم • تعتبر الاستحالة الليفية أكثر الاستحالات التي تصيب الاورام العضلية الرحمية ، والتي تشاهد في أغلب الاورام العضلية الرحمية القديمة •

الاعــراض :

تبدي الاورام العضلية الرحمية سريرياً أعراضاً مختلفة، تتعلق بموقعها، واتجاه نموها ، أي نموها باتجاه الطبقة اصلية ، أو باتجاه الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، وحجمها ، وصفاتها من الناحية التشريحية والتشريحية المرضية ، إلا أن الاورام التي تبدي أعراضاً سريرية بشكل عام ، هي الاورام التي يزيد حجمها عن حجم بيضة الدجاج يستثنى من ذلك الاورام تحت المصلية • كما يلاحظ أيضا أن بعض الاورام التي قد يصل حجمها الى حجم رأس شخص بالغ يمكن أن تبقى معدومة الاعراض •

وهذا وتبلغ نســبة الاورام العضلية الرحميــة المعــدومة الاعراض ١٠ ـ ٢٠٪ أما الاورام الاخرى فتبدي الاعراض التالية :

١ ــ النزوف وبخاصة النزوف الطمثية التي تتصف بشدتها وبتطاولها •

٢ ــ علامات الانضغاط وعلامات الازاحة، أي العلامات الناجمة عن إزاحة العضو المجاور عن مكانه الطبيعي مع الشعور بوجود جسم أجنبي •

٣ ــ الألم •

٤ ــ الاعراض العامة •

وتعتبر الاعراض الثلاثة الاخيرة نادرة •

١ ــ النزوف : يعتبر هذا العرض من أهم وأغلب أعراض الأورام العضلية الرحمية ، وتبلغ نسبة النساء اللواتي يراجعن الطبيب للمرة الاولى بسبب النزوف فقط (٤٠ ــ ٦٠٪) من النساء المصابات بالاورام العضلية الرحمية ؛ وتعود هذه النزوف الى الاسباب التالية :

آ ــ الاسباب الآلية : إن قساوة العقد الورمية المتوضعة في جدار الرحم ، تحد من قدرة الرحم على التقبض المنتظم الذي يحدث عادة في كافة نواحي العضلة الرحمية خلال الطمث مما يؤدي الى نقص في الارقاء الحيوي •

ب ــ فرط التصنع الغدي الكيسي : استنادا الى رأي شرودهر Schroeder القائل بأن ٨ ــ ١٠٪ من كافة الاورام العضلية الرحمية تترافق بمقاومة جريب غراف للانفجار ؛ لذا تعود نفس هذه النسبة أي (٨ ــ ١٠٪) من حالات امتداد الطمث عند النساء المصابات بالاورام العضلية الرحمية ؛ الى اصابتهن في نفس الوقت بفرط التصنع الغدي الكيسي ، ويعتبر هذا مهماً في تشخيص ومعالجة النزوف الناجمة عن الاورام العضلية الرحمية ؛ والصفة المميزة عادة لهذه النزوف هي كما ذكرنا شدة الطمث وتطاول الطمث •

هذا وبما أن هذه النزوف تتعلق بمكان توضع الورم أكثر من تعلقها بحجم الورم . لذلك فان اشتداد الطمث يدل على توضع الورم داخل جدار الرحم أي على الاوراء العضلية الرحمية الخلالية ، أي أن السبب يعود الى سوء انقباض الاوعية الدموية الموجودة في منطقة الورم أثناء تقبض الرحم . أما اشتداد وامتداد الطمث Menorrhagie فيدل على الاورام تحت المخاطية أي أن سبب النزف يعود الى تطاول مدة شفاء أو ترمم السطح الدامي (الجرح المتكون بعد انقذاف الغشاء المخاطي لباطن الرحم) . أما النزوف ما بين الطموث Zwischenblutungen والنزوف المستمرة Dauerblutungen في الاوراء العضلية الرحمية فتعتبر حالات نادرة .

ج ـ ازدياد انحلال فيبرين الدم Erhoete Fibrinolyse : حسب رأي شميدت ماتيسن Schmidt - Matthiesen عام ١٩٦٦ ، يجب التفكير في حالات الاورام العضلية الرحمية بزيادة انحلال فيبرين الدم ، الذي يرافق غشاء مخاطياً غير طبيعي أو نسيجاً عضلياً رحمياً مؤوفاً ، ويلعب نقص التروية في نسيج الورم العضلي الرحمي أو اصابة هذا النسيج العضلي ، دورا أساسياً في نشوء هذه الزيادة في انحلال فيبرين الدم .

د ـ الآفات المرافقة للورم العضلي الرحمي : مثل التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، مرجلاته ، اصابته السرطانية وغير ذلك .

٢ ـ علامات الانضغاط وعلامات الازاحة مع الشعور بوجود جسم أجنبي :

نقصد بعلامات الانضغاط، العلامات أو الاعراض التي تنجم عن انضغاط بعض الاعضاء بالورم العضلي الرحمي . أما علامات الازاحة ، فنقصد بها العلامات أو الاعراض التي تنجم عن إزاحة بعض الاعضاء من مكانها الطبيعي الى مكان آخر نتيجة للضغط الذي يمارسه الورم على هذه الاعضاء . هذا وتتعلق هذه الاعراض جميعها بحجم الورم، والمكان الذي يتوضع فيه، والاتجاه الذي يأخذه عندما يأخذ بالنمو .

آ ـ الاورام المتوضعة في عنق الرحم : تؤدي هذه الأورام الى إزاحة الحالب من موضعه الطبيعي تيجة لشد المثانة نحو الاعلى ودفع الحالب . حيث ينجم عن ذلك كله انحباس البول والتهاب المثانة ، ونادرا انحباس البول المتناقض (Ischuria Paradoxa) ، أي انحباس البول مع سلس البول في نفس الوقت وينجم ذلك عن امتلاء المثانة . كما يمكن لهذا الورم اذا كان كبيراً أن يضغط على الكولون مؤدياً الى الامساك ونادراً الى انسداد الامعاء .

أما الاورام المتوضعة في الرحم المصاب بالانعطاف الخلفي الثابت، فيمكنها أن تؤدي الى نفس النتائج المذكورة ، واذا حدث الضغط على الاعصاب المحيطية الظهرية فسوف تؤدي الى الآلام الظهرية .

ب ـ الأورام المتوضعة في الرباط العريض : يمكن لهذه الأورام اذا بلغت حجماً معيناً أن تضغط على الحالب ، مؤدية الى انحباس البول وبالتالي الى استسقاء الكلية Hydronephrose . كما تضغط على الاوعية الحرقفية مؤدية الى ركودة دموية في الاطراف السفلية . أما الاعراض الناجمة عن انضغاط العصب الوركي فتعتبر نادرة .

ج ـ الشعور بالجسم الاجنبي : قد تشكو المرأة من الشعور بوجود جسم أجنبي يتحرك داخل البطن .

٣ ـ الآلام :

تشعر النساء المصابات بالأورام العضلية الرحمية بآلام تختلف باختلاف توضع هذا الورم :

آ ـ الاورام تحت المخاطية المذنبة المنفتلة : تكون الآلام على شكل تقلصات متتابعة ، أما اذا أدت هذه الاورام الى انحباس دم الطمث فيشبه الألم حينئذ آلام عسرات الطمث .

ب ـ الأورام تحت المصلية المذنبة المنفتلة : (وقد تنفتل الاورام تحت المصلية غير المذنبة أيضا وان كان ذلك نادراً) تؤدي الى حدوث احتشاءات نزفية Haemorragische Infarzierung تصيب الورم وتؤدي بالتالي الى تفاعل بريتواني وصفي •

ج ـ اذا أصيب الورم بالتنخر الظاهر Aseptische Nekrose فسوف يؤدي ذلك الى آلام محدثة تشعر بها المريضة عند جس البطن •

د ـ اذا كان نمو الورم سريعاً (مثلاً خلال الحمل) أدى ذلك الى حدوث آلام ناجمة عن اصابة محفظة الورم بالتوتر •

٤ ـ الاعراض العامة :

آ ـ فقر الدم : يكون فقر الدم عادة شديدا بحيث يستوجب نقل الدم قبل المداخلة الجراحية • هذا وإن منظر المرأة المصابة بالورم العضلي الرحمي معروف ويطلق عليه السحنة الورمية Myomgesicht ، ويقصد بذلك الوجه الاصفر الشاحب الذي يعود الى فقر الدم الشديد •

ب ـ العلامات القلبية : تبدو عند بعض النساء المصابات بهذه الاورام بعض الاضطرابات القلبية ، واضطرابات جهاز الدوران ، مع الشعور بضيق النفس (تعطش للهواء)، وقد تصل العلامات الى علامات قصور القلب، إلا أن هذه الاعراض جميعها تعتبر أعراضاً ثانوية ناجمة عن النزف الشديد والمستمر الذي تصاب به المرأة ، وهذا ما يشاهد في كافة الحالات المترافقة بنزوف شديدة ، لذا يمكن القول أنه لا توجد آفة قلبية وصفية في الاورام العضلية الرحمية •

التشخيص : يشخص الورم العضلي الرحمي غالبا بالمس المهبلي المشروك بالجس البطني ، كما أن شكل النزف المرافق للورم يقود الى تعيين مكان توضع هذا الورم • هذا وان القساوة وتفصص الورم والعلاقة بينه

وبين الرحم وتعدد النويات الورمية ، حسب رأي مارتيوس عام ١٩٦٤ Martius ، تجعل تشخيص الورمالعضلي الرحمي أمرا سهلاء الا أن الأورام تحت المخاطية التي لا تظهر في المهبل يصعب تشخيصها بهذه الطريقة ، لأن الرحم لا يتعرض لأي تبدل ظاهر في شكله يدعو الى وضع هذا التشخيص ، ولكن يمكن تشخيص مثل هذه الاورام بواسطة المجرفة عند تجريف الرحم ، إذ يمكن أن تتحسس التحدب الذي أحدثه هذا الورم تحت الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، كما يمكن تشخيصه أيضـاً وبطريقة أدق باجراء التصوير الشعاعي لجوف الرحم .

الاختلاطـات :

١ ـ الانفتال Torsion = Stieldrehung : يحدث الانفتال في الاورام تحت المصلية المذنبة عادة ، كما يحدث في الاورام اللاطئة الكبيرة والكروية وان كان ذلك أمراً نادراً ، والانفتال بالنسبة لهذه الاورام اللاطئة لا يصيب الورم وحده وانما يصيب الرحم بكامله ، بحيث ينفتل على المحور القائم للعنـق .

اعراض الانفتـال :

١ ـ الألم المفاجىء الحاد الذي يتوضع في أسفل البطن .

٢ ـ الشعور بحالة عامة سيئة .

٣ ـ الغثيـان .

٤ ـ الاقيـاء .

٥ ـ البطن الجراحيـة .

وتعتبر هذه العلامات جميعها من علامات التفاعل البريتواني .

٢ ـ الاستحالة الورمية الخبيثة : حسب الابحاث الحديثة ، تبلغ نسبة استحالة الأورام العضلية الرحمية استحالة خبيثة (١٣ر٠ ــ ٥ر٠٪) من مجموع كافة أنواع الأورام العضلية الرحمية .

آ ــ الورم العفلي Sarkome لقد أثبت ماير وشروده Meyer Schroeder وغيرهما أن تحول خلايا الورم العضلي الرحمي الى خلايا الورم العفلي غير وارد قطعاً ؛ أما ما يشاهد من نشوء الورم العفلي على حساب الورم العضلي الرحمي ، فيعود الى وجود مجموعة من الخلايا منذ البداية وقبل نشوء الورم العضلي الرحمي، حيث ستتكاثر هذه الخلايا في فترة ما تكاثرا خبيثاً لتشكل الورم العفلي Sarkom .

ب ــ سرطان جسم الرحم : يمكن لسرطان جسم الرحم أن يشارك الأورام العضلية الرحمية، وحسب احصاء موبيوس Moebius عام ١٩٦٠ تبلغ هذه المشاركة ١٥ ٪ من مجموع الحالات، كما أن من الملاحظ أن نسبة مشاركة سرطان جسم الرحم للاورام العضلية الرحمية أكثر من نسبة مشاركة سرطان عنق الرحم لهذه الاورام ، ويعتقد فرانكه Franqué أن فرط التصنع الغدي ، الذي يتعرض له الغشاء المخاطي لباطن الرحم في حالات الورم العضلي الرحمي أكثر منه في الارحام الطبيعية، يلعب دوراً كبيراً في تكون سرطانات جسم الرحم المرافقة لهذه الاورام .

٣ ــ **النمو السريع للورم** : ينمو الورم العضلي الرحمي بسرعة في الحالات التاليــة :

آ ــ في الحالات التي ينشأ فيها الورم العفلي Sarkom .
ب ــ في الحالات التي يصاب فيها الورم العفلي الرحمي بالتلين .
جـ ــ في الحالات التي يحدث فيها الحمل .

ملاحظــة : يمكن في بعض الحالات التي يكون فيها الرحم مصابــاً بالورم العضلي الرحمي والتي ينشأ فيها الورم العفلي ، أن لا يحدث أي تبدل يشعر به الفاحص أثناء المس المشروك بالجس ، لذلك يجب في كافة الحالات التي لم يعالج فيها الورم العضلي الرحمي ، أن توضع المرأة تحت المراقبة وأن

تجرى لها الفحوص اللازمة كل (٤ـ٦) شهور ، خشية من نشوء الورم العضلي ذي النتائج الوخيمة •

٤ ـ **الترفـع الحروري :** لا يعتبر الترفع الحروري عرضاً للاورام العضلية الرحمية، ولكن يمكن حدوثه بالدرجة الاولى في الاورام المؤدية الى انحباس البول وبالتالي الى التهاب المسالك البولية • كما يحدث في الدرجة الثانية في الاورام الخلالية أو تحت المخاطية عند اصابتها بالالتهاب أو التقيح أو التنخر، علماً بأن الانتان ينتقل اليها عن طريق جوف الرحم ، وأحسن مثال على ذلك حدوث هذا الانتان كنتيجة لحمى النفاس •

التشخيص التفريقـي :

يمكن للورم العضلي الرحمي أن يلتبس بالحالات التالية :

الحمل ، كيسات المبيض ، التهاب الملحقات المزمـن ، الاورام المعويـة والورم العفـلي •

آ ـ ورم عضلي ام حمل :

يتميز الورم العضلي بسهولة في أكثر الحالات عن الحمل ، بقساوته ، وبالنويات الكروية المتوضعة على سطحه ، إلا أنـه في بعض الحالات يصعب التمييز بينهما، إذ يمكن أن يترافق الورم العضلي الرحمي بانعدام الطمث، كما يمكن أن يترافق الحمل بالنزوف • كذلك قد يصاب الرحم الحامل في بعض الاحيان بتقبض شديد بحيث تشبه قساوته قساوة الرحم المصاب بالورم العضلي • هذا وتزداد صعوبة التشخيص عندما تتلين النويات الخلالية ، أو عندما يحدث حمل في رحم مصاب بالورم العضلي ، وقد تؤدي هذه العوامل والحالات المذكورة الى الوقوع في الخطأ حتى بعد اجراء فتح البطـن الاستقصائي، لهذا يجب في أغلب هذه الحالات، اللجوء الى الفحوص المخبرية، وإجراء تفاعل الحمل الحيوي للوصول الى التشخيص الصحيح • كما أنه في الفترة الاخيرة ، أصبح من الممكن اثبات وجود الحمل باستعمال طريقة

الفحص بواسطة جهاز ما فوق الصوت (Ultrasong) Ultraschall اعتبـارا من الاسبوع العاشر للحمل بحيث يمكن تخطيط قلب الجنين • كما يمكن في بعض الحالات التي يكون فيها الحمل قد بلغ حجماً معيناً ، أن يفرق عن الورم العضلي الرحمي بأخذ صورة شعاعية للبطن •

ب ـ ورم عضلي أو كيسة مبيض :

يمكن للاورام العضلية تحت المصلية أحيانا أن تصاب بالتلين، بحيث تبدي باللمس المشروك بالجس نفس الصفات التي تبديها الكيسات المبيضية والعكس بالعكس • وفي أغلب الاحيان يعتمد التشخيص التفريقي في مثل هـذه الحالات، على قوام الكتلة المفحوصة، وعلى علاقتها بالرحم، وعلى انتقال الحركة بين هذه الكتلة وبين الرحم •

أما في الحالات التي يكون فيها الورم العضلي مذنباً ، والحالات التي تلتصق فيها كيسات المبيض مع الرحم ، أو الحالات التي ينمو فيها الورم بين وريقتي الرباط العريض ، فالتشخيص التفريقي يكون عندئذ صعبـاً ، إلا أنـه في بعض الحالات يمكن اللجوء الى تصوير الرحم الشعاعي الذي يعطينا صـورة واضحة عـن جوف الرحم بحيـث يمكن الوصول الى التشخيص •



الشكل (٩٢) ورم مـستبطن للرباط العريض (منظر خلفي)

لقد أصبح من الممكن حديثاً التفريق بـين كيسات المبيض والاورام العضلية الرحمية باستعمال جهاز ما فوق الصوت •

ج ـ ورم عضلي أم التهاب ملحقات مزمن :

تبدي التهابات الملحقات المزمنة أو تقيحات البوق المزمنة نفس القساوة التي يبديها الورم العضلي الرحمي ، بحيث يصعب وضع التشخيص الحقيقي الا بعد فتح البطن الاستقصائي •

د ـ ورم عضـلي أم ورم معـوي :

ان الحالات التي تتطلب التشخيص التفريقي بالنسبة للورم العضـلي والورم المعوي نادرة ، هذا ويمكن بالتصوير الشعاعي للمعدة والامعاء أو بالبزل أو تنظير المستقيم الوصول الى التشخيص الصحيح •

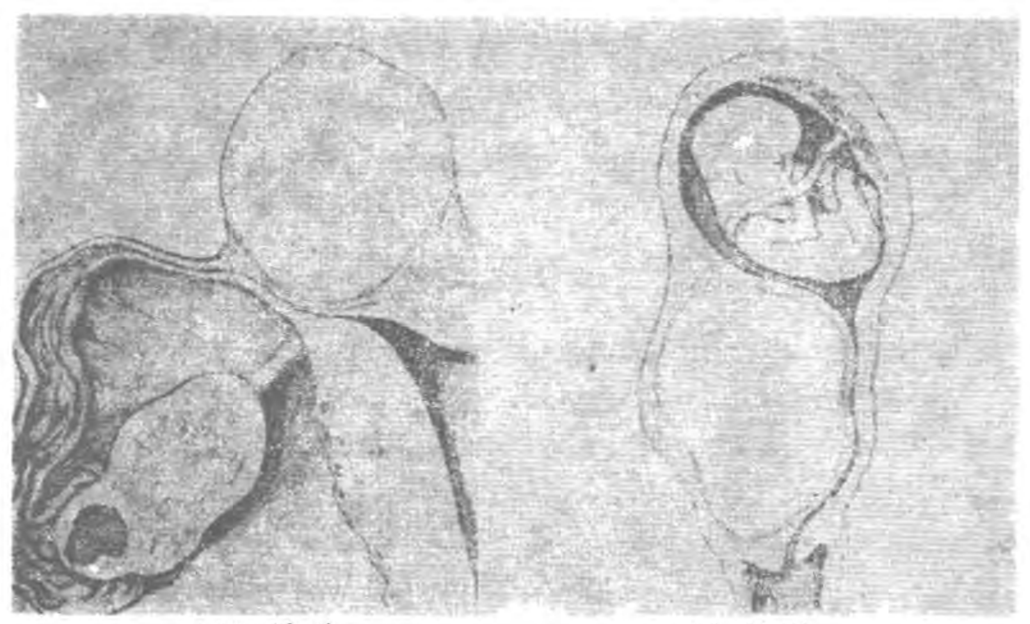
هـ ـ ورم عضلي أم ورم عفـلي :

لقد مر ذكره سابقاً في بحث الاختلاطات •

الاورام العضليـة الرحميـة والحمل :

تؤثر الاورام العضلية الرحمية على الإلقاح وعلى سير الحمل والولادة وفترة النفاس ، فبالنسبة للالقاح قد تكون الاورام العضلية الرحمية عائقاً لحدوثه إلا أن ذلك ليس حتمياً ، اذ أن منع الاورام للالقاح يتعلق بالمكان الذي تتوضع فيه ، فالاورام المتوضعة داخل جوف الرحم ، أو بحذاء الفوهة الرحمية للقسم الخلالي للبوق يمكنها أن تشكل مثل هذا المانع • أما بالنسبة لسير الحمل ، فيمكن للاورام الكبيرة الحجم أن تستولي على جزء كبير من جوف الرحم بحيث لا يستطيع الحمل الذي ينمو شيئاً فشيئاً أن يجد مكاناً كافياً له ، مما يؤدي الى خطر انفتال الورم اذا كان من نوع الاورام تحت المصلية ، أو الى خطر حدوث الاسقاط • أما الاورام المتوضعة في القسم السفلي من الرحم ، أو الاورام المستبطنة للرباط العريض ، أو الاورام التي

لا تصعد الى الاعلى لسبب ما ، فانها سوف تشكل عائقاً يمنع حدوث الولادة الطبيعية •



(الشكل ٩٤) (الشكل ٩٣)

الشكل (٩٣) ورم وقد شكل مانعا للحمل نتيجة لضغطه على القسم الخلالي للبوق واغلاقه لــه

الشكل (٩٤) ورم سيشكل عائقا للولادة

كما يمكن للاورام العضلية الرحمية أن تعرض المرأة بعد الولادة الى النزوف الناجمة عن عدم انطمار الرحم • كذلك يمكن للاورام تحت المخاطية أن تتعرض في فترة النفاس الى الالتهاب •

المعالجــــة :

قبل التفكير بالمعالجة يجب أن نعتمد كقاعدة أساسية ما يلي :

تعالج فقط الأورام العضلية الرحمية التي تؤدي الى أعراض تشكو منها المريضة عدا بعض الحالات الاستثنائيــة •

قد تشكو المريضة من عدة أعراض في وقت واحد ، أو من عرض واحد فقط ، ويعتبر الطمث الشديد والمديد أهمها جميعاً • أما بالنسبة للاورام التي لا تؤدي الى أية شكوى عند المريضة ، فيكتفى بوضع هذه المريضة تحت المراقبة على أن يجرى فحصها بشكل دوري كل (٤ ــ ٦) شهور ، أما الحالات الاستثنائية التي تستوجب المعالجة رغم عدم وجود أعراض تشكو منها المريضة فتتلخص بما يلي :

آ ــ اذا كان الورم ينمو بسرعة (للاشتباه في كونه ورماً خبيثاً) •

ب ــ اذا كان الورم كبيراً جداً وبخاصة الاورام التي تبقى كبيرة الحجم رغم توقف العمل الوظيفي للمبيضين ، إذ ثبت أن نسبة كبيرة من هذه الاورام سوف تؤدي الى اختلاطات استحالية سليمة أو خبيثة •

جـ ــ اذا كان التشخيص غير مؤكد ، بحيث لا يمكن وضع تشخيص تفريقي بين الورم الرحمي والورم المبيضي •

د ــ اذا أصيب الورم بالتلين •

هـ ــ اذا كان الورم من نوع الاورام تحت المصلية المذنبة •

هذا وتعتبر المعالجة الجراحية القاعدة العامة في معالجة الاورام العضلية الرحمية ، كما يمكن في بعض الحالات الخاصة أو الاستثنائية تطبيق المعالجة الهرمونية ، أو المعالجة الشعاعية ، ويقوم اختيار احدى الطرق الثلاث المذكورة على :

١ ــ نوع وشدة الاعراض •

٢ ــ حجم ومكان توضع الورم •

٣ ــ سن المريضة وحالتها العامة •

أولا ــ المعالجة الجراحية :

تعتبر المعالجة الجراحية المعالجة المثلى للأورام العضلية الرحمية وبخاصة في الاورام الكبيرة الحجم ، والاورام التي تنمو بسرعة ، والاورام المترافقة بالألم وتجري هذه المعالجة الجراحية بطريقين :

آ ــ **الطريق المهبلي Vaginaler Weg** : يستأصل الرحم عن طريق المهبل، ويشترط في اتباع هذا الطريق أن لا يتعدى حجم الرحم حجم قبضة اليد أو رأس الوليد ، وأن تكون الملحقات طبيعية. هذا وفي الحالة التي يعادل فيها حجم الرحم حجم رأس الوليد ، تستوجب العملية بالطريق المهبلي استئصال أجزاءٍ من جسم الرحم بهدف تصغير حجمه قبل جره الى المهبل لاكمال العملية . أما الاورام تحت المخاطية المتدلية داخل المهبل ، فيمكن استئصالها بسهولة بالتقاطها بملقط خاص وفتلها باستمرار الى أن تنفصل ، إلا أن بعض هذه الاورام لا يمكن استئصالها بهذه الطريقة إما لسماكة الذنب أو لكون الورم عبارة عن ورم لاطيء يرتكز على قاعدة عريضة ، لهذا يفضل في مثل هذه الحالات استئصال الرحم بالطريق المهبلي .

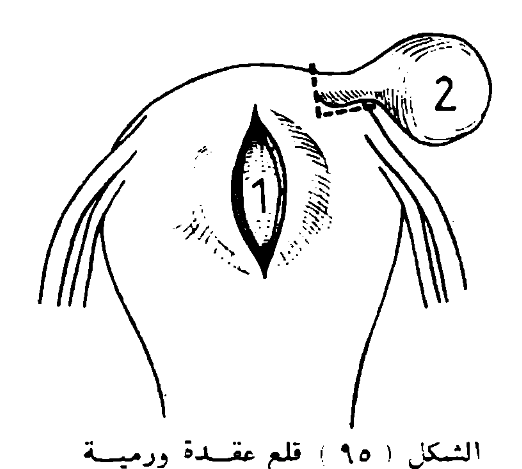
يفضل استئصال الرحم عن طريق المهبل اذا لم يكن هناك مضاد استطباب ،

اذ تعتبر العمليات المهبلية حسب رأي به هام وشتوكه ل Peham, Stoeckel أسهل عناية وأفضل نتائجا من العمليات عن طريق البطن.

ب ــ الطريق البطني Abdominaler Weg : يستأصل الرحم عن طريق البطن اذا تعذر استئصاله عن طريق المهبل مثلاً اذا كان الورم كبيراً أو اذا كانت نتائج الفحص بالمس المشروك بالجس غير واضحة (التصاق الملحقات مع الرحم ، التصاق الرحم مع الأعضاء المجاورة ، احتمال وجود داء البطانة الرحمية مرافقا للورم) ، أو اذا كانت قد أجريت عملية ما في السابق على الرحم أو الملحقات ، هذا وتستهدف العملية الجراحية عن طريق البطن ما يلي:

١ ـ **قلع العقدة الورمية Enukleation** : ويعني ذلك العملية المحافظة للورم العضلي الرحمي (أي استئصال الكتلة الورمية فقط والابقــاء على الرحم) • تتبع هذه الطريقة في الاورام تحت المصلية ، والاورام المذنبة ، والاورام الخلالية ، ومن محسنات هذه الطريقة الابقاء على امكانية الحمل عند المرأة . أما أخطارها فتتجلى في احتمال اصابة المنطقة التي كان يتوضع فيها الورم بالالتهاب أو باضطراب التروية في جسم الرحم •

هذا ومن المهم أن نعلم ان العملية المحافظة تجري فقط في الحالات التي يحتمل ويرغب حدوث الحمل فيها ، علماً بــأن النساء اللواتي أجريت لهن هذه العملية المحافظة هن معرضات الى تمزق الرحم خلال الحمل أو الولادة التي تلي هذه العملية ، لذلك يجب أن تتم الولادة في المشفى وبدون استثناء •



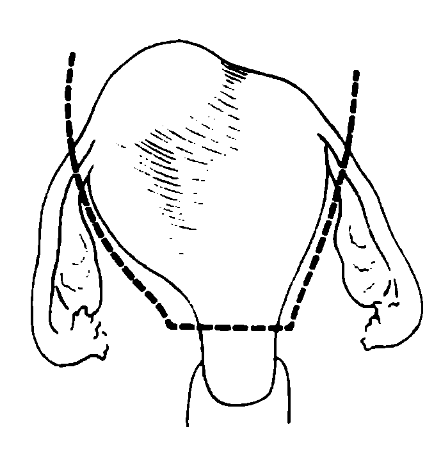
الشكل (٩٥) قلع عقــدة ورميــة

٢ ـ استئصال الرحــم الناقص أو استئصال الرحــم فوق المهبــل : Supravaginale Amputation

يعني ذلك استئصال جسم الرحم حذاء البرزخ ، وتعتبر هذه الطريقة من الناحية الفنية عملية سهلة، كما انها تتيح الفرصة للنساء الشابات في حدوث

طمث منتظم وان كان بكمية قليلة ، كما تحافظ على الوضع الطبيعي لقـاع المهبل نتيجة لبقاء النسج والربط المرتكزة على عنق الرحـم • الا ان هـذه الطريقة بالنسبة لاستئصال الرحم التام Hysteroktomie أصبحت في الدرجة الثانية ، خاصة اذا كانت هناك بعض التبدلات النسجية في عنق الرحم ، لهذا ننصح بعدم اللجوء اليها الا في الحالات التي يصعب من الناحية الفنية اجراء الاستئصال التام للرحم ، كما ان من أخطر مساوىء هذه العملية هي احتمال اصابة الجزء المتبقي من عنق الرحم بالسرطان، اذ تشكل سرطانات هذا الجذمور المتبقي من عنق الرحم حسب الاحصائيات الحديثة ٢٪ من سرطانات الجهاز التناسلي ، بالاضافة الى احتمال اصابة جذمور عنق الرحم بالالتهاب كاختلاط لاستئصال الرحم الناقص •

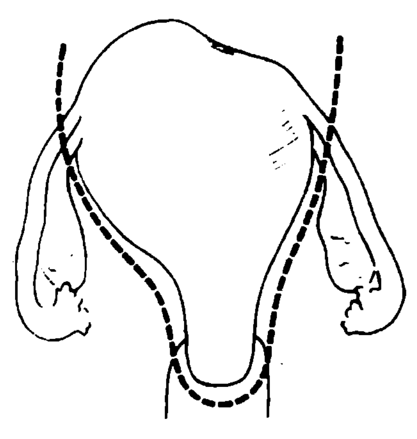
لهذا يمنع منعا باتا اجراء استئصال الرحم الناقص قبل اجراء فحص عنق الرحم بمنظار المهبل المكبر Kolposkop وفحص لطاخـة مهبلية خلويـة •



الشكل (٩٦) استئصال الرحم الناقص مع المحافظة على الملحقات

٣ ـ استئصال الرحم التـام : Hysteroktomie :

تعتبر الطريقة المثلى لكافة الاورام العضلية الرحمية الكبيرة الحجم ؛ وبخاصة اذا كان هناك أي تبدل نسجي في عنق الرحم سواء على سطح عنق الرحم أو داخل قناة العنق .



الشكل (٩٧) استئصال الرحم التام مع المحافظة على الملحقات

ثانيا ـ المعالجة الهرمونية :

تعتبر المعالجة الدوائية للورم العضلي الرحمي بشكل عام معالجة انتقالية فقط، وذلك انتظارا لحدوث انقطاع الطمث الغريزي، أو انتظارا للزمن المناسب لتطبيق المعالجة الجراحية التي تعتبر المعالجة المفضلة كما ذكرنا سابقا . لذا فان المعالجة الدوائية تناسب فقط النساء المسنات اللواتي ينتظر حدوث انقطاع الطمث عندهن قريبا ؛ أو النساء اللواتي يمنع تطبيق المعالجة الجراحية عندهن لأسباب صحيـة .

تقوم المعالجة الهرمونية المستعملـة على تطبيق هرمـون الاندروجين Androgen وهرمون الجستاجين Gestagene البروجسترون Progesteron بسبب تأثيرهما اللاجم للمبيضين في افـراز الاوستروجين . أما ما يقـال عن التأثير المباشر لهذه المعالجة الهرمونية من تراجع حجم الورم العضلي الرحمي فلم يثبت بعد (وذلك حسب رأي أوفر Ufer عام ١٩٦٦) . هذا ولما كان

تطبيق المعالجة الهرمونية يتطلب وقتا طويلا ، لذلك فقد أبطلت حاليا المعالجة بالاندروجين خشية من اصابة المريضة بالاسترجال ، وأصبحت المعالجة تقوم فقط على تطبيق الجستاجين بحيث تؤدي هذه المعالجة الى نتيجتين هامتين :

١ ــ تتراجع شدة الطموث الى درجة يمكن اعتبارها طموثاً طبيعية من حيث شدتها ، شريطة أن تطبق المعالجة المذكورة عدة شهور متتالية •

٢ ــ يتوقف الورم العضلي الرحمي عن النمو طيلة فترة المعالجة •

الا أن حجم الورم لا يصغر مطلقا كنتيجة لهذه المعالجة حسب رأي بشيرهمبل « Pschyrembel »

تطبيق المعالجة بالجستاجين :

هناك طريقتان لتطبيق هذه المعالجــة :

آ ــ يعطى الجستاجين اعتبارا من اليوم (٦ ــ ٢٦) للدورة الطمثية ، مثلاً تعطى حبوب بريمولوت نور Primolut Nor بعيار /٥/ ملغ (١ــ٢) حبة يومياً كما يمكن أن تعطى بعض الأدوية الأخرى المشابهة •

ب ــ تعطى الحبوب المانعة للحمل التي تحتوي على مقادير عالية من الجستاجين (مثل ليندبول ، انوفلار (Lyndiol, Anovlar) أو ما شابهها مدة لاتقل عن ستة شهور ، علماً بأن هناك تحفظاً في اعطاء المركبات الحاوية على مقادير عالية من الجستاجين •

إن تأثير المعالجة بالجستاجين بشكل عام في اضعاف شــدة الطمث أو اعادته الى حالته الطبيعية ، يقوم على تأثير موضعي يتجلى في منع تنمي Proliferation الغشاء المخاطي لباطن الرحم كنتيجة لتأثــير الجستاجين ، وعلى تأثير مركزي يتجلى في اضعاف العمل الوظيفي للفص الامامي للنخامة بحيث لا يستطيع القيام بدوره الافرازي •

ان كل معالجة بالجستاجين تزيد مدتها عن ١٤ يوماً تؤدي بالضرورة الى ضمور الغشاء المخاطي لباطن الرحم •

ملاحظة : يمكن معالجة الأورام العضلية الرحمية بالأدوية المقبضة للرحم كالارغوتين ومشتقاته، ويفضل أن تشرك هذه المقبضات بالادوية المرقئة للدم Haemostyptika مثل فيتامين ب٦ B 6 فيتامين ك K .

الا أن من الافضل ان تطبق هذه المعالجة الدوائية كمعالجة مرافقة للمعالجة الهرمونية المذكورة •

ثالثا ــ المعالجة الشعاعية Strahlentherapie :

تأتي هذه المعالجة بالدرجة الثالثة أي بعد المعالجة الجراحية والمعالجة الهرمونية ، وتقوم على تطبيق الاشعة السينية أي أشعة رونتجن Roentgenbestrahlung أو تطبيق الراديوم :

١ ــ تطبيق الاشعة السينية : يشترط في تطبيق المعالجة الشعاعية عموما ، اجراء تجريف الرحم وفحص المادة المجرفة نسيجيا للتأكد من عدم وجود آفة سرطانية أو مضاد استطباب بالنسبة لتطبيق الاشعة •

تقوم المعالجة بأشعة رونتجن على تأثيرها على المبيضين الذي يؤدي الى توقفهما عن الافراز ، بسبب تأثر الجريبات السريع من الاشعة، مما يؤدي الى توقف النزف وتراجع الورم المبيضي الرحمي كما يحدث في سن اليأس الطبيعي • لذلك فان هذه الطريقة لا تطبق إلا في بعض الحالات الاستثنائية بسبب انتقال المريضة السريع الى سن اليأس . علما بأن توقف الطمث لايحدث دائما مباشرة بعد هذه المعالجة ، اذ يمكن أن تشاهد المرأة (١ ــ ٢) دورة طمثية بعد هذه المعالجة المذكورة •

٢ ـ المعالجة بالراديوم Radium therapie : تقوم هذه المعالجـة على تطبيق الراديوم داخل الرحم ، مما يؤدي الى توقف النزف نتيجة للضمور السريع للغشاء المخاطي لباطن الرحم بتأثير أشعة غاما Gamma . يفضل تطبيق هذه المعالجة على النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين (٤٥ ــ ٥٠) سنة واللواتي جئن للمرة الاولى للمعالجة بسبب النزف الناجم عن الورم العضلي الرحمي الذي لا يتعدى حجمه حجم رأس الوليد ، لان النزف بالنسبة لهؤلاء النسوة سوف يتوقف بشكل غريزي بعد فترة قصيرة نتيجة لبلوغهن سن اليـأس •

مضاد استطباب المعالجة الشعاعية :

تمنع المعالجة الشعاعية في :

١ ــ الاورام تحت المصلية •

٢ ــ الاورام التي يزيد حجمها عن حجم رأس الوليد •

٣ ــ التهاب الملحقات أو التهاب ما حول الرحم المرافق •

الاورام الخبيثة لجسم الرحم

BOESARTIGE TUMOREN DES UTERUSKOERPERS
MALIGNANT UTMORS OF THE UTERINE CORPUS

١ ــ سرطان جسم الرحـم

I Carcinoma Corporis uteri (Carcinoma of the Uterine Corpus)

٢ ــ الورم العفلي لجسم الرحـم

II Sorkome des Uteruskoerpers (Sarcoma of the Uterine Corpus)

أولا ــ سرطـان جسم الرحـم :

تعريـف : يعتبر سرطان جسم الرحم سرطان الغشاء المخاطي لبـاطن جسم الرحم ، لذا يسمى أيضا السرطان الغدي Adenokarzinom ، كما يمكن

أيضا أن ينشأ عن النسيج الابتليالي المسطح • يصادف عادة هذا السرطان عند النساء اللواتي هن بين السن (٦٠ ـ ٨٠) من العمر حسب احصاء بيشا ـ ڤيغهاوبت Pischa - Weghaupt وبين السن(٥٥ ـ ٦٥) حسب احصائيات أخرى • لذا يعتبر بشكل عام سرطان جسم الرحم سرطان النساء المسنات ،

اذ يصادف ٨٠٪ من سرطانات جسم الرحم عند نساء تجاوزن فترة ما بعد انقطاع الطمث Postmenopause وذلك حسب رأي بشيرمبل •

الا ان ذلك لا يمنعنا مطلقا عن التفكير بوجود سرطان جسم الرحم عند نساء شابات نسبياً ، أي أن سنهن بين (٤٠ ـ ٤٥) من العمر •

هذا وتغلب مصادفة سرطان جسم الرحم نسبيا عند النساء العذارى أو العاقرات ، وحسب الاحصائيات الكثيرة المتوفرة فان ٣٠٪ من النساء المصابات بسرطان جسم الرحم هن نساء غير ولودات ، أما النساء الولودات فتحدث الاصابة عندهن في سن متأخرة (١٠) سنوات بالنسبة لغير الولودات •

الوفرة : يصيب سرطان جسم الرحم (٥ر١٪) من مجموع النساء اللواتي تجاوزن العشرين من العمر ، كما يشكل ١٥ ـ ٢٥٪ من مجموع سرطانات الاعضاء التناسلية •

ملاحظة : يشكو قسم كبير من النساء المصابات بسرطان جسم الرحم من :

آ ـ السمنة Adipositas .

ب ـ ارتفاع التوتر الشرياني •

جـ ـ الداء السكري (أحيانا) •

الاسباب المرضية Aetiopathogenese :

لقد أصبح من المتفق عليه الآن أن الاوستروجين لا يعتبر من المواد المسرطنة ، إلا أن كثيراً من الباحثين يعتقد رغم ذلك بوجود علاقة بين سرطان جسم الرحم أي سرطان الغشاء المخاطي لباطن الرحم وبين زيادة فترة تأثير هرمون الاوستروجين على الغشاء المخاطي لباطن الرحم • علماً بأن هذه الزيادة لا تعني زيادة في كمية الاوستروجين وانما تعني زيادته النسبية ، أي بالنسبة الى نقص هرمون الجستاجين (نظرية نقص هرمون الجستاجين) ، وهذا ما يلاحظ في الدورات الطمثية اللاإباضية ، فرط التصنع الغدي ، العقم ، قلة الولادات . اذ في جميع هذه الحالات لايوجد فرط في افراز الاوستروجين، بل ان الغشاء المخاطي لباطن الرحم يبقى فترة طويلة تحت تأثير الاوستروجين نتيجة لعدم تكون هرمون الجستاجين كما ذكرنا •

التشريح المرضي : Pathologische Anatomie :

توضع ونمو سرطان جسم الرحم : يختلف سرطان جسم الرحم في شكل انتشاره الى الجوار عنه في سرطان عنق الرحم ، اذ يكون هذا الانتشار في سرطان جسم الرحم بطيئاً جداً، كما أن ميله الى اجتياح الطبقة العضلية ونموه فيها ضئيل جداً • والواقع ان سرطان جسم الرحم يبدأ غالباً بتكوين بؤرة محدودة ينتشر بعدها منتقلاً من هذه البؤرة الى الجوار ، وقد اثبتت التجربة وجود بؤر ثلاث تعتبر بؤراً بدئية يفضل سرطان جسم الرحم التكون فيها ثم الانتشار منها الى ما يجاورها وذلك بالتسلسل كما يلي :

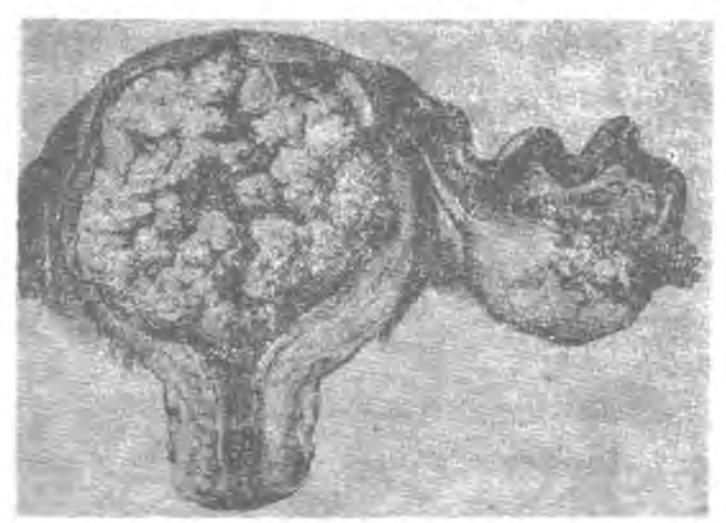
آ ــ قعر جسم الرحم Fundus Uteri .

ب ــ قرنا الرحم Tubenecke .

جـ ــ البرزخ Isthmus Uteri .

هذا وتشكل البؤرة السرطانية المحدودة مرجلا Polyp في جوف الرحم، ومع تقدم الآفة السرطانية ونموها فان جداري الرحم الامامي والخلفي سوف يغطيان بهذه المرجلات • من العلامات الوصفية لسرطان جسم الرحم هو ان

جميع هذه المرجلات التي تغطي الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، سوف تبقى فترة طويلة سطحية بالشكل الذي وصفناه والذي يمكن ان نطلق عليه النمو الظاهري Exophyt دون ان تجتاح الطبقة العضلية ، لهذا فان في كثير من الحالات بعد اجراء التجريف الرحمي ثم استئصال الرحم ، لن نجد بالفحص النسجي للغشاء المخاطي لباطن الرحم أية علامة تدل على وجود سرطان جسم الرحم • وبتقدم الحالة السرطانية ونمو هذه المرجلات فانها سوف تملأ جوف الرحم بكامله مؤدية الى ضخامته ، حيث يمكن القول عندئذ أن الآفة أصبحت حالة متأخرة نسبياً وأنها اجتاحت الطبقة العضلية مشكلة النمو الباطني Endophyt لسرطان جسم الرحم •



الشكل (٩٨) سرطان جسم الرحم وقد اجتاح الطبقة العضلية للرحم وانتشر الى المبيض

انتشار سرطان جسم الرحم :

آ ـ الانتشار بالاستمرار : Percontinuitatem :

Ausbreitung durch kontinuirliche Wucherung

ونعني بذلك انتشار البؤرة السرطانية من مكان توضعها المبدئي الى الجوار بحيث يمكن أن تجتاز الطبقة العضلية للرحم لتصل إلى داخل جوف

البطن . أو تنتقل ممتدة باتجاه عنق الرحم لتنتقل منــه بالتالي إلى النسيج ما حول الرحم Parametrium ، أو أن الانتقال يتجه من البؤرة البدئية مباشرة إلى البوقين • والواقع أن مجموع هذه الأشكال ليست كثيرة الا أنه حسب احصائيات فيليب وهوبر Philipp und Huber ، يمكن أن يحدث هذا الانتقال الى البوقين بشكل ملاحظ في الحالات التي يكون فيها البوق مصابـا بداء البطانة الرحمية Endometriose .

ب ـ الانتشار بالانتقال Ausbreitung durch Metastasierung :

ونعني بذلك انتقال سرطان جسم الرحم بالطريق اللمفـاوي وبالطريق الدموي حيث تنتقل الآفة الى :

١ ـ المبيضين (بنسبة ١٣٪) تقريباً ، أو إلى البوقين أو كليهما معـا (المبيضين والبوقين) •

٢ ـ المهبل ، حيث تنتقل الآفة على شكل عقد ورمية مسطحة تتوضع غالبا في الثلث الخلفي للمهبل ، ويحدث هذا الانتقال غالبا بعد المداخلات الجراحية مشكلا نسبة تقرب من (١٥٪) •

٣ ـ الى العقد البلغمية تحت الابهرية Subaortal ، حول الابهريـة Paraaortal ، الحرقفية Iliacal ، المغبنيــة Inguinal .

٤ ـ الانتقالات البعيدة : وتحدث بالطريق الدموي الا أن ذلك لايلاحظ الا في الحالات المتقدمة من سرطانات جسم الرحم •

درجات سرطان جسم الرحم :

لقد صنف بعض الباحثين سرطان جسم الرحم الى درجات مختلفة بهدف المقارنة بين حالة وأخرى ، ولوضع المعالجة المناسبة لكل حالة حسب درجة اصابتها • كما اتبع البعض طريقة في التصنيف تشبــه الطريقة التي اتبعتها الجمعية الدولية للامراض النسائية (FIGO) عام ١٩٦١ التي اجتمعت في

فينا ووضعت تصنيف درجات سرطان عنق الرحم ، وعلى هذا الاساس يمكن اذن اتباع هذا التصنيف كما يلي :

آ ـ الدرجة (٠) وتشمل الحالات المشتبه بها وغير المؤكدة بالفحص النسجي •

ب ـ الدرجة الاولى (١) وتشمل الحالات التي يكون فيها السرطان محدودا على جسم الرحم أي لا يتجاوز نسيج جسم الرحم •

جـ ـ الدرجة الثانية (٢) وتشمل الحالات التي أصابت جسم الرحم والتي انتشرت الى قناة عنق الرحم •

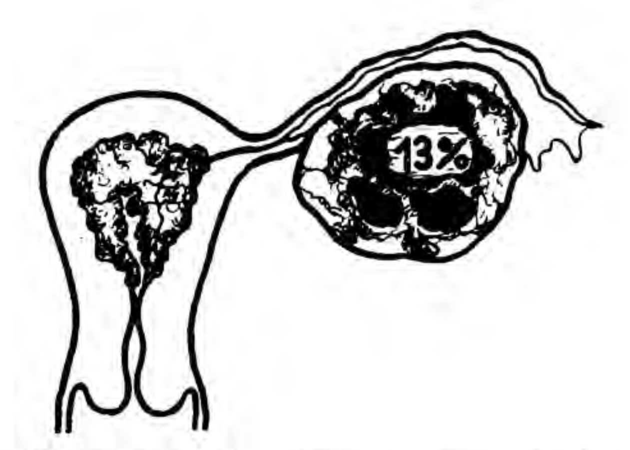
د ـ الدرجة الثالثة (٣) وتشمل الحالات التي أصابت كامل جسم الرحم وانتشرت إلى الاعضاء المجاورة لكنها لم تتعد الحوض الصغير •

هـ ـ الدرجة الرابعة (٤) وتشمل الحالات التي انتشر فيها سرطان جسم الرحم الى الحوض الصغير ، مثلا الى الغشاء المخاطي للمثانة أو المستقيم والى خارجه (خارج مدخل المهبل ، أعلى فوهة الحوض ، انتشارات بعيدة) •

ملاحظة : ان انتقال سرطان جسم الرحم الى خارج حدود الحوض الصغير والى الاعضاء البعيدة ، لا يحدث الا في الحالات المتقدمة جدا والتي يمكن اعتبارها امتداداً لسرطانات جسم الرحم من الدرجة الرابعة •

سرطان جسم الرحم من الناحية النسيجية :

يعتبر سرطان جسم الرحم بشكل قاطع تقريبا سرطاناً غدياً ينشأ من الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، لذلك فهو عبارة عن سرطان غدي • إن تشخيص سرطان جسم الرحم من نوع سرطان النمو الباطني Indophyt أمر سهل نسبياً (بسبب ارتشاحه وانتقاله بالطريق اللمفاوي والطريق الدموي) ، أما تشخيص سرطان جسم الرحم من نوع النمو الظاهري Exophyt فأمر صعب جداً اذ



الشكل (٩٩) سرطان جسم الرحم ينتشر في ١٣ ٪ من حالاته الى المبيضين



الشكل (١٠٠)
سرطان جسم الرحم من الدرجة الاولى حيث لا يتعدى حدود جسم الرحم

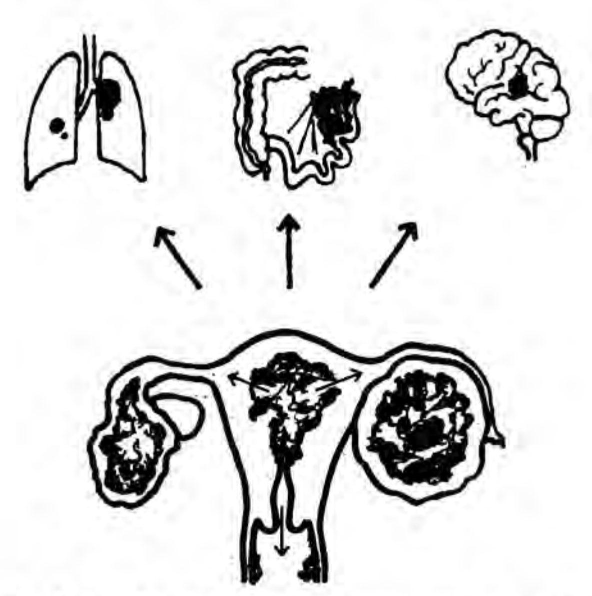


الشكل (١٠١)
سرطان جسم الرحم من الدرجة الثانية حيث انتشر الى قناة العنق

يتطلب خبرة واسعة في علم النسج ، ويعود ذلك الى أن في سرطان جسم الرحم من نوع النمو الظاهري تختفي العلامات الاساسية الدالة على خبث الورم ، ويقوم التشخيص فقط على مشاهدة البنية الشاذة للورم (زيادة الغدد بشكل غير طبيعي ، تزايد طبقات النسيج الابتليالي ، شذوذ النواة ، نقص اللحمة نسبة للانابيب الغدية) .



الشكل (١٠٢) سرطان جسم الرحم من الدرجة الثالثة وقد انتشر الى الاعضاء المجاورة لكنه لم يتعد الحوض الصغير (ينتشر الى المبيض ، المهبل ، العقد البلفمية الحوضية ، المبيضين)



الشكل (١٠٣) سرطان جسم الرحم من الدرجة الرابعة وقد انتشر الى الحوض الصغير (الغشاء المخاطي للمثانة او المستقيم) وتعداه الى خارجه مع انتشارات بعيدة (رئة ، امعاء دقيقة ، دماغ)

من المهم ان نعلم بوجود امكانية تكون ما يسمى بالورم الغدي الحرشفي الشوكـي Adenocancroid وذلـك حسـب رأي (فرانكـه ومـاير Franqué, Meyer) في جسم الرحم بحيث يظهر بشكل بدئي ، وينشأ من عقيـدات مكونة من نسيـج ابتليالي مسطـح Plattenepithelknoetchen قد تشاهد مرافقة للغشاء المخاطي المصاب بفرط التصنع الغدي أو بالسرطان الغدي • ان هذه العقيدات عبارة عن نويات تتألف من نسيج ابتليالي مسطح تتوزع على شكل جزر في الغشاء المخاطي لباطن الرحم الذي كما نعلم يتألف من نسيج ابتليالي اسطواني ، وتكون هـذه النويات سليمة عندمـا يكون الغشاء المخاطي لباطن الرحم سليماً ؛ ولكنها تكون خبيثة اذا تسرطن هذا الغشاء • لقد شوهدت حالات سرطان جسم الرحم مرافقة لحالات فـرط التصنع الغدي بنسبـة تصل حسب احصائيات (دوموتوري ومساعديـه Doemoetoeri) عام ١٩٦٣ الى ٢٠ ــ ٣٠٪ ، كما قد تصل حسب احصائيات أخرى الى ٥٠٪ ؛ وهذا ما جعل الكثير يتساءل عن امكانية التفكير بكون الغشاء المخاطي لباطن الرحم المصاب بفرط التصنع الغدي أرضية صالحـة لسرطان جسم الرحم • الا أن ما يعتقد حاليـا هو ان نشوء سرطـان جسم الرحم على حساب الغشاء المخاطي لباطن الرحم المصاب بفرط التصنع الغدي أمر مرفوض ، الا أن فرط التصنع الغدي غير الوصفي •

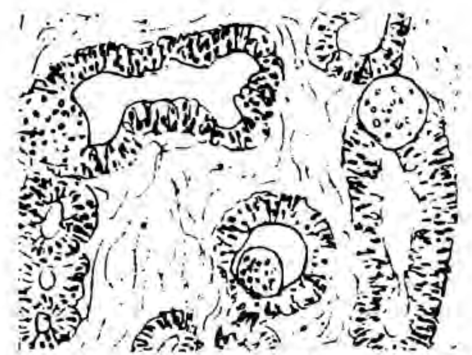
ان فرط التصنع الغـدي غير الوصفي وبخاصـة في فترة ما بعـد انقطاع الطمـث Postmenopause ، حسـب رأي دالنبـاخ ــ هلفـغ (Dallenbach - Hellweg) عام ١٩٦٤ ، يمكنه أن يشكل مرحلة سـابقة لسرطان جسم الرحم أو حالة مشتبهاً بها • هذا وان السرطان الحقيقي للنسيج الابتليالي المسطح (Plattenepithelkarzinome) لجسم الرحم أمر نادر جداً •

الاعـراض : تتجلى أعراض سرطان جسم الرحم بما يلي :

١ ــ النـزوف : تعتبر النزوف الرحمية في (٨٠ ــ ٩٠٪) من حالات



الشكل (١٠٤) السرطان الغدي لجسم الرحم



الشكل (١٠٥) العقيدات المكونة من نسيج ابتليالي مسطح والتي ينشأ منها الووم الحرشفي الشوكي لجسم الرحم

سرطانات جسم الرحم العرض الهام ، كما يمكن أن تكون العرض الاول والوحيد الذي تشكو منه المرأة عند مراجعتها للطبيب •

تنشأ هذه النزوف عن تموت وتفتت النسيج السرطاني الذي ينمو على سطح الغشاء المخاطي لباطن الرحم •

يعتبر كل نزف في مرحلة اليأس وبخاصة في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث (Postmenopause) نزفاً مشتبهاً في كونه من منشأ سرطاني، لذلك يجب اجراء الفحوص اللازمةوبسرعة لمعرفة أسباب هذا النزف•

يجذب النزف انتباه النساء المريضات إذا كن في فترة ما بعد انقطاع الطمث ويعتقدن بأنه عبارة عن عودة للدورة الطمثية • أما النساء اللواتي هن في سن النشاط التناسلي ، أي أن الدورات الطمثية لم تنقطع عندهن بعد فان (٢٠ ــ ٢٥٪) من حالات نزوف سرطان جسم الرحم تكون عندهن على شكل نزوف ما بين الطموث عديمة الانتظام ، وعلى شكل نزوف مستمرة **Zwischen und Dauerblutungen** .

٢ ــ الضائعات : قد يشكو عدد كبير من النساء المصابات بسرطان جسم الرحم وبخاصة المتقدمات بالسن من ضائعات قبل اصابتهن بالنزوف ،

لذلك تعتبر الضائعات مهما كان نوعها وبخاصة عند النساء اللواتي هن في فترة ما بعد انقطاع الطمث ، عرضاً مهماً يستدعي الاشتباه في كونه من منشأ سرطاني •

هذا ويمكن أن تكون الضائعات بنية اللون أو وردية أو بلون غسالة اللحم ، كما يمكن أن تكون قيحية (تقيح الرحم Pyometra) ، كذلك فان الضائعات المائيةالشكل أو الرائقة أو المخاطية، تعتبر ضائعات مشتبه في منشئها السرطاني عندما تكون المرأة في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث •

٣ ــ الألم : يكون على شكل تقلصات رحمية تنشأ عن محاولة الرحم قذف الكتل السرطانية المتفتتة والمتجمعة داخل جوف الرحم ، لهذا لا يشاهد هذا العرض الا في الحالات السرطانية المتقدمة أي في الدرجة الثالثة والرابعة ، عندما ينتقل السرطان الى جوف البطن والبريتوان والثرب والامعاء الدقيقة والامعاء الغليظة •

٤ ــ نقص الوزن وفقر الدم : تصاب المرأة بهذين العرضين في الحالات المتقدمة من سرطانات جسم الرحم •

تشخيص سرطانات جسم الرحم :

تلعب قصة المريضة دورا مهما في تشخيص سرطان جسم الرحم، اذ تعتبر النزوف التي تصيب المرأة وبخاصة في فترة ما بعد انقطاع الطمث نزوفا مشتبها في منشئها السرطاني • علماً بأن النزف يمكن أن يكون ضئيلا جدا بحيث لا يستطيع الفاحص مشاهدته بالعين المجردة ، وهنا يلعب منظار المهبل المكبر Colposcope دورا ايجابياً في مثل هذه الحالات ، اذ بمراقبة المفرزات المهبلية أثناء الفحص بالمنظار المكبر يمكن مشاهدة هذه النزوف القليلة على شكل خيوط دموية ضمن هذه المفرزات •

تقوم وسائط التشخيص على الفحص السريري وعلى تجريف الرحم المجـزأ :

آ ـ **الفحص السريري :** تراجع النساء المصابات بسرطان جسم الرحم من الدرجة الاولى الاطباء بسبب النزوف، وعند اجراء الفحص النسائي (المس المشروك بالجس) لا يجد الطبيب الفاحص مايثير انتباهه سوى النزف الذي يأتي من باطن الرحم ، علماً بأن هذا النزف قد يغيب أيضا أثناء الفحص ، اذ أنه ليس نزفاً مستمراً بالضرورة عند النساء المصابات بسرطـان جسم الرحم من الدرجة الاولى •

قد يلاحظ الفاحص في بعض الحالات عند النساء في فترة ما بعد انقطاع الطمث تليناً في الرحم الصغير الضامر ، ويعود هذا التلين الى امتلائه بالنسيج السرطاني ، كما قد يلاحظ أحيانا أثناء المس والضغط على جسم الرحم خروج كتل نسجية متفتتة بلون أبيض رمادي من عنق الرحم تعتبر دليلا كبيرا على الاصابة السرطانية ، الا أنه لا يمكن وضع التشخيص النهائي الا بالفحص النسجي لهذه المادة •

اذن فالفحص السريري في كثير من الحالات لا يمكن أن يعطينا الدليل القاطع على الاصابة السرطانية ، لذا يقوم التشخيص فقط على اجراء تجريف الرحم المجزأ •

ب ـ تجريف الرحم ـ تجريف الرحم المجزأ :

يجب اجراء تجريف الرحم في كافة النزوف غير الطبيعية ، وفي حالة الشك بوجود سرطان جسم الرحم يجب أن لانعتمد قطعاً على فحص الخزعة المأخوذة من باطن جسم الرحم •

فالفحص النسجي للمادة المجرفة هو الذي يدلنا على الاسباب الحقيقية للنزف اذ يمكن أن تعود إلى :

آ ـ أسباب عضوية : آفة سرطانية ، ورم عضلي تحت الغشاء المخاطي، ورم غدي وغير ذلك •

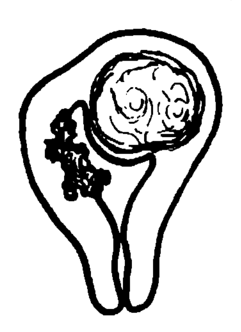
ب ـ أسباب التهابية : التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، سل الغشاء المخاطي لباطن الرحم •

جـ ـ أسباب وظيفية : فرط التصنع الغدي الكيسي •

أما في الحالات المتقدمة من سرطانات جسم الرحم أي حالات الدرجة الثالثة والرابعة، فيزداد حجم الرحم بحيث يصل الى حجم رأس طفل، كما يمكن أن يصاب بالتلين بحيث يشبه قوامه قوام الرحم الحامل وأحيانا يشبه القوام الكيسي وذلك عند اصابة الرحم بالتقيح Pyometra

لهذا يجب الشك بسرطان جسم الرحم عند النساء المسنات اللواتي يصبن بنزوف رحمية بعد انقطاع الطمث فترة طويلة ، وكما ذكرنا يقوم التشخيص الحقيقي عند هؤلاء النسوة على تجريف الرحم وفحص المادة المجرفة نسجياً • هذا ويمكن بالفحص السريري عند مثل هؤلاء النسوة أن يشعر بوجود ورم الا أن هذا الورم لا يوجه بالضرورة الى التشخيص ، وكلما تقدمت المرأة في السن كان احتمال الورم العضلي الرحمي المجسوس في كونه سبب النزف احتمالاً ضعيفا • لقد أثبتت بعض الاحصائيات ان في (٢٠٪) من حالات سرطان جسم الرحم

يشعر بعقد ورمية في جدار الرحم ، وأن النساء اللواتي هن في فترة ما بعد انقطاع الطمث واللواتي يشعر عندهن بمثل هذه العقد الورمية ، لاتكون هذه العقد بالضرورة عقداً تدل على ورم عضلي رحمي ، بل يمكنهـا أن تكون عبارة عن ارتشاحات سرطانية في النسيـج العضلي الرحمي بعـد أن يكون السرطان قد انتقل من الغشاء المخاطي لباطن الرحم إلى نسيج العضلة الرحمية.



الشكل (١٠٦) في ٢٠٪ من مجموع حالات سرطان جسم الرحم تتواجد عقد ورمية في جدار الرحم .

لقد أثبتت الاحصائيات ان (٨ ــ ١٣٪) من حالات سرطـان جسم الرحم تصاب فيها الملحقات خاصة المبيضان بالتسرطن ، حيث يشعر بالفحص النسـائي بضخامة الملحقات والتصاقها مع جدار الحوض .

لهذا فان أورام الملحقات عند النساء المتقدمات في السن ليست نتيجة لاسباب التهابية ، بل هي غالبا آفة سرطانية انتقلت اليها .

على هذا الاساس يعتبر المس الشرجي ضرورياً لتقدير احتمـال انتقال الآفة السرطانية الى النسيج ما حول الرحـم خصوصا في سرطان الدرجـة الثالثة وما بعد .

نستخلص من ذلك كله ، أن النزوف المشتبه في كونها من منشأ سرطاني في جسم الرحم ، تقتضي اجراء التجريف الرحمي سواءً كان الفحص السريري يوجه التشخيص نحو هذه الحالة أم لا .

يجب اجراء تجريف الرحـم المجزأ Fraktionierte Kürettage في الحالات التي يشتبه في كونها حالات سرطان جسم الرحم ، ويعني ذلك تجريف عنق الرحـم بعد توسيـع قناة العنق حتـى الفوهـة الباطنة ، ثم تجريف جسم الرحم بعـد توسـيع الفوهة الباطنة لعنق الرحم وفحص المادتين المجرفتين نسجياً كلاً على حده •

تعود أسباب ضرورة اجراء التجريف المجـزأ في سرطان جسم الرحم إلى سببين •

١ ـ معرفـة انتقال سرطان جسـم الرحم الى عنـق الرحم بحيـث تصبح الحالة عندئذ سرطان جسـم الرحم بالاضافة الـى سرطان عنـق الرحم • وحسب الاحصائيـات الحديثة فان نسـبة هذا الانتقال تتراوح من (٦ ـ ١٠ ٪) مـن حالات سـرطان جسم الرحـم ، وان انتقـال السرطان الى عنق الرحم سوف يؤدي الى انتقاله بالضرورة الى النسج ما حول العنق وبالتالي فان المعالجة عندئذ تختلف اختلافا كليا ، اذ بينما نكتفي في سرطان جسم الرحم بالاستئصال الجذري للرحم Radikal ، أي استئصال الرحم والملحقات ، فاننا نضطر عنـد انتقال السرطان الى العنق الى الاستئصال الجذري الموسع للرحم والملحقات أي عملية فرتهايم Wertheim عن طريق البطن، أو عملية شاوتا Schauta عن طريق المهبل، والعملية الاولى هي المفضلة حالياً للاسباب التي ذكرت سابقا •

٢ ـ يمكن بطريقة التجريف المجزأ التأكد فيما اذا كانت الحالة عبارة عن سرطان عنق الرحم فقط ، مـن نوع سـرطان جوف عنـق الرحـم Zervixhoelenkarzinom ، أي انها لا تمت بصلة الى سرطان جسم الرحم •

ملاحظـة : يجري تجريف الرحم بحذر شديد خشية حدوث نتيجتين هـامتين :

الأولى : تمزق عنق الرحم :

اذ يكون عنق الرحم عادة قاسياً عند النساء المسنات ، لذلك يجب عند التوسيع بشمعات هيغار أن لايتجاوز الرقم (١٠ ــ ١١) •

الثانية : الانثقــاب : Perforation

يتعرض جدارا الرحم المهترئان وقعر الرحم بسهولة عند اجراء التجريف الى الانثقاب ، كما يجب على الطبيب الذي يجري التجريف أن يجريه بشكل منتظم ، بحيث يشمل جداري الرحم كاملة خشية وجود منطقة سرطانية صغيرة لم يشملها التجريف اذا لم يكن منتظما كما ذكرنا •

> **ملاحظــة :** يجب التوقف عن التجريف فوراً عند خروج قطــع نسجية سهلة التفتت خوفاً من حدوث الانثقاب ،

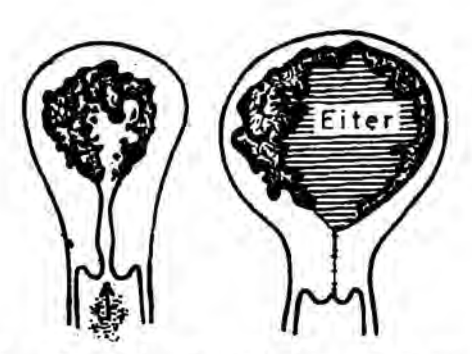
على ان ترسل هذه المادة المجرفة للفحص النسجي مهما كانت كميتهــا ورغم قناعة الطبيب في كونها سرطانية المنشأ من حيث منظرها بالعين المجردة•

التشخيص بالفحص الخلوي :

ان فحص لطاخة مأخوذة من جوف المهبل ومن ظاهر عنق الرحم وباطن قناة العنق، لايمكن الاعتماد عليها في تشخيص سرطان جسم الرحم من حيث الفحص الخلوي ، كما ان الفحص الخلوي لمادة يستحصل عليها من باطن الرحم بشكل ما (بطريقة المص مثلا) لاتعد كافية لهذا التشخيص، وتبلغ نسبة الوقوع بالخطأ في الفحص الخلوي (٢٠ ــ ٣٠٪) حسب احصــاء بوشان Boschann ، اذ ان التشخيص الوحيد والاكيد هو الفحص النسجي للمادة المجرفة كما ذكرنا سابقا •

اختلاطات سرطان جسم الرحم :

تقيح الرحــم Pyometra : يعتبر تقيح الرحم أهم اختلاط لسرطان جسم الرحم ، وهو عبارة عن امتلاء جوف الرحم بالقيح • ينجم تقيح الانسجة المتسرطنة في جوف الرحم عن ثلاثة أسباب :



الشكل (١٠٧) والشكل (١٠٨) تكوّن تقيح الرحم في سرطان جسم الرحم

آ ـ صعود الجراثيم من المهبل الى داخل الرحم .

ب ـ ميل التنبتات السرطانية اللينة الى التفتت يقود الى اصابتها بالتقيح بسهولة .

جـ ـ اصابة الغشاء المخاطي لباطن الرحم بالالتهاب كحالة مرافقة دائماً لسرطان باطن جسم الرحم .

د ـ يضاف الى العوامل الثلاثة المذكورة عامل رابع هو تضيق الفوهة الباطنة لعنق الرحم ، أو تضيق مكان ما في قناة العنق نتيجة لاسباب التهابية . قد يتحول التضيق الموجود أصلا عند النساء المسنات الى انسداد تام وبالتالي الى انحباس النسج المتقيحة داخل جوف الرحم ، مما يؤدي الى ضخامته التي قد تصل الى حجم رأس طفل أو رجل أو أكبر ، إلا أن التضيق المذكور قد يسمح نتيجة للضغط الواقع عليه بخروج المادة القيحية على شكل قذفات أو رشقات متلاحقة فيصغر حجمه ، ثم تتناوب هذه الحالات حالة بعد اخرى .

ملاحظة :

تدل الضائعات القيحية خاصة ذات الرائحة الكريهة عند نساء مسنات ، على تقيح الرحم الذي يختفي غالبا سرطان جسم الرحم خلفه ، **لذلك** تعتبر كل حالة من حالات تقيح الرحم عند نساء مسنات حالة مشتبهاً في منشئها السرطاني .

لا ينجم تقيح الرحم في الواقع فقط عن سرطان جسم الرحم ، اذ يمكن مشاهدته في حالات أخرى مثلاً :

آ ـ بعد تطبيق المعالجة بالراديوم داخل عنق الرحم •

ب ـ في التهابات الغشاء المخاطي الشيخي لباطن الرحم Endometritis Senilis

جـ ـ في الالتهاب المهبلي الشيخي Kolpitis Senilis .

د ـ في سل الغشاء المخاطي لباطن الرحم Endometriumtuberkulose .

هذا ويمكن أن لا يترافق تقيح الرحم بترفع حروري، الا أنه في الغالب يترافق بهذا الترفع مع الالم والعلامات الوصفية للانسمام الدموي •

معالجة تقيح الرحم : يوسع عنق الرحم بلطف للسماح بخروج المواد القيحية ، ثم تعمل غسولات لجوف الرحم بمحلول معقم باستعمال القثطرة الراجعة Rücklaufkatheter حسب مقثطرة فريتش بوزه مان Fritsch-Bozemann ، ولكن يجب الحذر كل الحذر عند ادخال المقثطرة اذ يجب أن لاتتجاوز بضعة مليمترات بعد الفوهة الداخلية لعنق الرحم خشية حدوث الانثقاب نتيجة لرقة جدار الرحم ، هذا ويثابر على الغسل الى أن يخرج القيح بكامله ويصبح السائل الذي يعود بالقثطرة الراجعة سائلا نظيفاء ثم يجب بعد ذلك اجراء التجريف لوضع التشخيص الحقيقي لهذا التقيح على أن يمتنع عن اجرائه قبل زوال كافة الاعراض الالتهابية • هذا وتبلغ حسب الاحصائيات الاخيرة عموماً نسبة سرطانات جسم الرحم المختفية خلف تقيح الرحم (٦٠٪) من مجموع تقيحات الرحم •

التشخيص التفريقي لسرطانات جسم االرحم :

تعود أسباب (٧٠ ـ ٩٠٪) من كافة النزوف عند النساء اللواتي هن في فترة ما بعد انقطاع الطمث الى سرطان جسم الرحم ، إلا أن هناك بعض الأمراض في الجهاز التناسلي يمكنها أن تؤدي في هذه الفترة عند المرأة الى النزوف أيضا مثل :

ـ سرطـان الفرج •
ـ سرطـان المهبل •
ـ سرطـان عنق الرحم
ـ فرط التصنع الغدي الكيسـي •
ـ الورم العضلـي •
ـ التهاب المهبل الشيخي •
ـ التقرحات المرافقة للسقوط التناسلي •
ـ تقرحـات عنق الرحم •
ـ التهاب باطن الرحـم •
ـ مرجلات جسم الرحم السليمة •

علما بأن (٢٨٪) من مرجلات جسم الرحم في فترة ما بعد انقطاع الطمث حسب بعض الاحصائيات هي من منشأ سرطاني •

ـ الاورام العضلية تحت المخاطيـة •

ملاحظة هامـة :

> ان فرط التصنع الغدي الكيسي في فترة ما بعد انقطاع الطمث أو فترة الشيخوخة ، يدل دائما على افراز هرموني ناجم عن ورم مبيضي هو الـورم الحبيبـي Granulosazelltumor أو الـورم القشـري Thekazelltumor وقد مر معنا ذلك سابقا •

معالجة سرطان جسم الرحم :

تقوم معالجة سرطان جسم الرحم على طريقتين :

١ ـ المعالجة الجراحيـة •
٢ ـ المعالجة الشـعاعية •

ويعتمد في اختيار احدى هاتين الطريقتين على قاعدتين أساسيتين :

آ ـ تطبق المعالجة الجراحية في الحالات التي تسمح فيها الحالة العامة للمريضة والحالة الموضعية للآفة (توضعها وانتشارها) السرطانية بالعمل الجراحي •

ب ـ تطبق المعالجة الشعاعية في الحالات السيئة بشكل عام ، والحالات التي لا تقبل المعالجة الجراحية بشكل عام ، ويعود ذلك حسب رأي مارتيوس الى تقدم المريضة في السن ، والى سوء حالة القلب وجهاز الدوران وغير ذلك • أما الحالات التي لا تقل العمل الجراحي لاسباب موضعية ، فهي الحالات التي انتقلت فيها الآفة السرطانية الى المثانة والمستقيم أو الى رتج دوغلاس أو العقد البلغمية الحوضية أو التي انتقلت فيها الآفة الى خارج الحوض الصغير •

هذا وقد أصبح الرأي الذي كان سائدا والقائل أن سرطان الرحم أقل حساسية على الاشعة من سرطان العنق غير مقبول ، كما أثبتت الاحصائيات الحديثة أن نسبة الشفاء في سرطان جسم الرحم وسرطان عنق الرحم اذا كانا في درجة واحدة (الدرجة الاولى) هي واحدة اذا طبقت المعالجة الجراحية أو المعالجة الشعاعية ، الا أن الاخطار المرافقة للعمل الجراحي جعلت الكثيرين يفضلون المعالجة الشعاعية ما دامت النتائج متقاربة بالنسبة للطريقتين • أما حاليا فيفضل الكثير من الباحثين المعالجة الجراحية اعتمادا على الطرق الحديثة المتبعة في التخدير ، والمعالجة الصحيحة التي تطبق بعد اجراء العمل الجراحي ، شريطة أن تسمح الحالة العامة للمريضة بالمداخلة الجراحية •

١ ـ المعالجة الجراحية : تقوم المعالجة الجراحية في سرطان جسم الرحم على العملية الجراحية الجذرية Radikaloperation وتعني استئصال الرحم مع الملحقات مع استئصال جزئي للمهبل ، ويمكن أن تجرى هذه العملية عن طريق البطن أو عن طريق المهبل •

تقوم ضرورة استئصال الملحقات على وجود الاحتمال الكبير في انتقال



الشكل (١٠٩) العملية الجراحية الجذرية عن طريق المهبل او عن طريق البطن اي استئصال الرحم مع الملحقات مع استئصال جزئي للمهبل

السرطان اليها وبخاصة الى المبيضين حيث تبلغ نسبة اصابتهما في سرطان جسم الرحم (١٣٪) ، كما أن استئصال جزء من المهبل يقوم على احتمال اصابة المهبل بعد العمل الجراحي بنسبة تقدر بحوالي (١٥٪) . هذا ولما كان احتمال اصابة الجذمور المهبلي بعد اجراء العملية الجراحية الجذرية كحالة ناكسة كبيرا ، لذا فان أغلب الجراحين ينصحون بتطبيق المعالجة الشعاعية على جذمور المهبل رغم العملية الجراحية الجذرية وذلك بتطبيق الراديوم بنسبة معينة حسب رأي كب ، هوفمان (Kepp, Hofmann) . كذلك ينصح حسب الابحاث الحديثة باستئصال العقد البلغمية (الحوضية) وحول الابهر في العمليات الجراحية بالنسبة لسرطان جسم الرحم ، ويعتبر تصوير الجهاز اللمفاوي Lymphographie الطريقة المفضلة لمعرفة العقد البلغمية التي انتشرت اليها الآفة السرطانية . إلا أنه في أغلب الحالات لا يسمح سن المريضة المتقدم بهذه المداخلة الجراحية الكبيرة ، أما في الحالات التي انتقل فيها سرطان جسم الرحم الى العنق أي حالات سرطان جسم وعنق الرحم Carcinoma corporis et cervicis ، فيجب استئصال النسج ما حول عنق الرحم Parametrien أي كما تجري العملية الجذرية في سرطان عنق الرحم ، وهذا يعني اما على طريقة شاوتا Schauta اذا كان الاستئصال عن طريق المهبل ، واما على طريقة فرتهايم Wertheim اذا كان الاستئصال عن طريق البطن .

٢ ـ المعالجة الشعاعية قبل وبعد المعالجة الجراحية :
: Prae und Postoperative Behandlung

لا تزال المعالجة الشعاعية بالراديوم (والمعالجة بالكوبالت ٦٠) قبل المعالجة الجراحية غير متفق عليها بعد ، الا أن أغلب الباحثين يعتبرون هذه المعالجة بالنسبة لسرطان جسم الرحم من الدرجة الاولى أو سرطان جسم الرحم الذي بقي حجمه في الحدود الطبيعية غير ضرورية •

أما المعالجة الشعاعية بأشعة رونتجن (Roentgen) بعد المعالجة الجراحية، والتي كانت تجري بشكل روتيني، أصبحت حاليا مرفوضة ، إذ أن تطبيقها يتعلق بطبيعة الآفة ومدى انتشارها ، وحسب رأي كيرشهوف يجب أن تطبق بعد المعالجة الجراحية وبدون استثناء في الحالات التالية :

١ ـ عندما تستولي الآفة على النسيج العضلي وتصل الى الطبقة المصلية للرحم •

٢ ـ عندما تنتقل الآفة الى عنق الرحم •

٣ ـ عندما تنتقل الى النسيج ما حول الرحم (Parametrium) .

٤ ـ عندما تنتقل الى المبيضين •

ملاحظة :

يعتقد بعض الباحثين حاليا بضرورة تطبيق المعالجة الشعاعية بالراديوم بعد المعالجة الجراحية لاسباب وقائية ، إذ ثبت في كثير من الحالات اصابة القسم السفلي من جذمور المهبل بالآفة السرطانية •

٢ ـ المعالجة الشعاعية :

نقصد هنا بالمعالجة الشعاعية ، المعالجة الشعاعية البدئيـة باستعمال الراديوم أو الكوبالت ٦٠ ، إلا أن هذا لا يعني تطبيق المعالجة الشعاعية في كافة حالات سرطان جسم الرحم ، إذ أن الحالات التي اتفق على عدم تطبيق هذه المعالجة فيها هي الحالات التي لا يمكن التوصل فيها الى اعطاء المقادير

المناسبة من الراديوم بشكل يضمن الوصول الى النتائج المرجوة من هـذه المعالجة وتتلخص هذه الحالات بما يلي :

آ ــ الحالات التي تجاوزت الآفة السرطانية فيها النصف الباطن للطبقة العضلية للرحم (خطر الالتهاب ثم الانثقاب ثم التهاب البريتوان) •

ب ــ الحالات التي انتشرت الآفة السرطانية منذ فترة طويلة الى قعر الرحـم •

جـ ــ الحالات التي يشارك الآفة السرطانية فيها الورم الرحمي العضلي تحت المصلي، أو الاورام الكبيرة المستبطنة لجدار الرحم والتي غيرت الموضع الطبيعي لقعر الرحم •

د ــ الحالات التي انتقلت الآفة السرطانية فيها الى الملحقات •

أما حالات سرطان جسم الرحم الذي اتفق على تطبيق المعالجة الشعاعية البدئية فيها، فهي الحالات التي تكون فيها الآفة السرطانية محدودة فقط في الغشاء المخاطي لباطن الرحم •

والواقع أن التمييز بين هذين النوعين من الحالات ، أي بين التي اتفق على تطبيق المعالجة الشعاعية البدئية فيها ، والتي لم يتفق عليها ، أمر صعب من الناحية العملية ويمكن لعملية زرع الرحم أو تصوير الرحم الشعاعي أن يلعبا دورا ايجابيا في هذا التمييز •

طريقة المعالجة الشعاعية :

تقوم المعالجة بالراديوم على طريقة هايمان (Heyman) عام ١٩٣٢ وذلك باملاء جوف الرحم بالاجهزة التي تحمل الراديوم ، والتي تكون على شكل بيوض أو على شكل قطع اسطوانية تحمل مقادير معينة من الراديوم ، وتدخل الى جوف الرحم بطريقة خاصة ثم تطبق على (٢ ــ ٣) جلسة بفاصل (٢ ــ ٣) أسبوعاً •

أما المعالجة بالكوبالت ٦٠ فتقوم أيضا على ملء جوف الرحم بلآلىء (Perle) تحوي على هذه الاشعة بمقادير معينة لفترة معينة •

هذا وتطبق المعالجة بأشعة روتتجن بعد المعالجة بالراديوم أو الكوبالت ٦٠ اذا كانت الآفة السرطانية قد تجاوزت حدود الرحم •

المعالجة بالمواد المانعة للنمو أو التكاثر الخلوي :
Therapie mit Zytostatika :

تستعمل المواد المانعة للنمو أو التكاثر الخلوي (Zytostatika) مثل (ترهمينون ، اندوكسان (Treminon, Endoxan)) في معالجة سرطان جسم الرحم ، كمعالجة مكملة للمعالجات المذكورة ، وقد أدى استعمالها هذا الى نتائج مرضية ، أما المقادير التي تستعمل في هذه المعالجة فهي نفس المقادير التي تستعمل في معالجة سرطان المبيض •

المعالجة الهرمونية : Hormonbehandlung (Hormonal therapy)

لقد استعمل كوتماير Kottmeier عام ١٩٦٢ في معالجة الحالات المتقدمة من سرطان جسم الرحم وكذلك في الحالات التي ترافق بانتشارات بعيدة للآفة ، هرمون البروجسترون بكميات كبيرة ، حيث أعطي (٥٠٠ ـ ١٥٠ مغ) من كبرونات هيدروكسي بروجسرون Hydroxyprogesteron kapronat أسبوعياً فحصل على نتائج مذهلة ، إذ تراجعت الآفة وأمكنه من اطالة حياة المريضة • ويتجلى تأثير البروجسترون بتأثيره الموضعي على الآفة إذ يؤدي الى توقف تنمي النسيج الابتليالي والى لجم الفص الامامي للنخامة عن الافراز •

الانـذار :

يؤدي سرطان جسم الرحم كما هو الحال في بقية الآفات السرطانية الاخرى ، الى موت المريضة في فترة بين ٢ ـ ٣ سنوات اذا لم تعالج مطلقاً • هذا ومن السائد اعتقاده حاليا ، أن الانذار في سرطان جسم الرحم أحسن منه في عنق الرحم وذلك للاسباب التالية :

آ ــ إن ميل سـرطان جسم الرحم السـريع الى التموت في أقسامه السطحية وبالتالي الى حدوث النزف والألم عند المرأة ، يجعل النساء المصابات بهذه الآفة يراجعن الاطباء في وقت مبكر ، مما يؤدي الى تشخيص الآفـة وهي لا تزال قابلة للمعالجة الجراحية بسهولة •

ب ــ ينمو سرطان جسم الرحم ببطء ويبقى فترة طويلة دون أن يتجاوز الغشاء المخاطي لباطن الرحم أو جسم الرحم ، إذ أن الطبقة العضلية للرحم مقاومة بشدة لانتشار الخلايا السرطانية اليها •

جـ ــ ان العملية الجراحية لمعالجة سرطان جسم الرحم ليست أكثر من استئصال بسيط لجسم الرحم والملحقات ولجزء من المهبل ، بعكس العملية الجراحية لمعالجة سرطان عنق الرحم ، والتي هي عبارة عن استئصال موسع للرحم والملحقات مع جزء من المهبل ونسج ما حول العنق وغير ذلك مما تتطلبه هذه العملية الجذرية الموسعة ، لذا فانها تعرض المريضة الى خطر أكبر منه في العملية الاولى • أما الشفاء المطلق في سرطان جسم الرحم (ونعني به الشفاء مدة خمس سنوات) فانه يتراوح بين (٤٥ ــ ٦٥٪) ، وبذلك يكون الانذار في سرطان جسم الرحم أفضل من انذار أية آفة سرطانية تصيب الاعضاء التناسلية الاخرى •

ثانيا ــ الورم العفلي لجسم الرحم :
: II Korpussarkome (Sarcoma of the Uterine Corpus)

يعتبر الورم العفلي بشكل خاص ورماً خبيثاً ينشأ عن النسيج الضام •

حدوثـه ووفرتـه :

يعتبر الورم العفلي نسبياً من الاورام النادرة حيث يأتي بعد الورم العضلي الرحمي وسرطان الرحم ، وهو يشكل حسب بعض الاحصائيات حالة واحدة من مجموع (٥٠) حالة من حالات سرطان الرحم Uteruskorzinome . ينشأ الورم العفلي في كافة انحاء الرحم ، إلا أنه ينشأ في الدرجة الاولى

بنسبة (٨٥ ــ ٩٠٪) من الحالات في جسم الرحم ، مما يدل على أن الورم العفلي لعنق الرحم حالة من الحالات النادرة جدا •

هذا وبعكس سرطان جسم الرحم الذي يصيب النساء المسنات فان الورم العفلي يمكنه أن يصيب النساء في كافة الاعمار •

التشريح المرضي :

يقسم الورم العفلي حسب :
آ ــ الطبقة النسجية التي ينشأ عنها •
ب ــ المكان الذي يتوضع فيه •

آ ــ اشكاله حسب الطبقة التي ينشأ عنها :

١ ــ الورم العفلي لجدار الرحم : هو أكثر أشكال الورم العفلي حدوثاً إذ تبلغ نسبته (٩٠٪) من مجموع كافة الحالات •

ينشأ من النسيج العضلي ومن النسيج الضام لجسم الرحم كما يحدث في الورم العضلي الرحمي ، ويكون غالبا على شكل عقد محدودة تتوضع في النسيج العضلي Intramurale ، وتحت الطبقة المصلية (Subserose) وتحت الطبقة المخاطية (Submükose) ، وتكون حدودها واضحة بالنسبة للنسيج الرحمي السليم المجاور رغم أنها عديمة المحفظة • من خواص هذا الشكل نموه السريع إلا أنه لا يبلغ حجماً كبيراً نتيجة للاعراض التي يسببها عند المرأة والتي تدعوها الى مراجعة الطبيب قبل أن يزداد نموه كثيراً • تبدو العقدة العفلية للفاحص بالعين المجردة عقدة لينة كثيرة العصارة ، واذا أجرينا مقطعاً لها تبدو بلون أبيض الى أصفر رمادي معدومة اللمعان ، وان ازدياد تلينها وتموتها وتحولها الى شكل هلامي يعتبر من الصفات التي يمكن مشاهدتها أحياناً •

٢ ــ الورم العفلي للغشاء المخاطي لباطن الرحم : ينشأ من النسيج

الضام للغشاء المخاطي لباطن الرحم ، ويتصف بالنمو السريع حيث ينتشر الى قعر الرحم على شكل تحدبات أو مرجلات أو ترصعات • كما لا يلبث في نفس الوقت أن يخرب النسيج العضلي لينتشر اليه ، حيث يؤدي ذلك كله الى ضخامة شديدة في الرحم يصل حجمه أحيانا الى حجم رأس رجل ، كما يغلب أن تنطلق من الرحم قطع نسجية نتيجة لتموت هذه الأجزاء فتخرج من المهبل •

ب ـ اشكاله حسب المكان الذي يتوضع فيه :

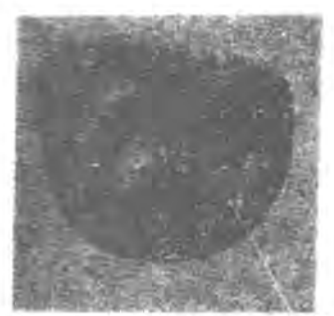
١ ـ الورم العفلي لجسم الرحم Korpussarkome .

٢ ـ الورم العفلي لعنق الرحم Zekvixsarkome .

تعتبر الاورام العفلية لعنق الرحم أكثر ندرة من الاورام العفلية لجسم الرحم ، وتظهر على عنق الرحم أو داخله غالباً على شكل عنقودي أو تتدلى من الفوهة الظاهرة لعنق الرحم على شكل مرجل Polyp قد يظن للوهلة للوهلة الاولى انه عبارة عن مرجل سليم ناشىء عن الغشاء المخاطي لباطن الرحم •



الشكل (١١٠) الورم العفلي لجسم الرحم



الشكل (١١٢) مرجل عفلي أو ورم عفلي للغشاء المخاطي لعنق الرحم



الشكل (١١١) الورم العفلي لعنق الرحم

الفحص النســجي :

تكون خلايا الاورام العفلية عموماً خلايا مدورة (أي خلايا غير ناضجة وسريعة النمو) ، كما تكون أيضا مغزلية الشكل .

الاعــراض :

تتجلى أعراض الورم العفلي على شكل نزوف غير منتظمة بحيث لا يعود تمييز الدورات الطمثية ممكناً . هذا وفي فترة سن اليأس وفترة ما بعد انقطاع الطمث يتوجب على الطبيب أن يفكر بالورم العفلي في جميع حالات النزوف غير المنتظمة .

التشــخيص :

يعتبر تشخيص الورم العفلي صعباً ، لذلك فان أغلب الحالات التي تشخص تكون في أدوارها المتأخرة ، إلا أن ما يجب أن يثير انتباهنا بالنسبة لتشخيص الورم العفلي هو السرعة الشديدة في النمو .

التشخيص التفريقي عن الورم العضلي الرحمي :

يعتبر التشخيص التفريقي بين هاتين الحالتين بالفحص السريري من الأمور غير الممكنة إلا أن ما يجب ملاحظته هو ما يلي :

١ ـ ان كل ورم عضلي في سن اليأس وبخاصة في فترة ما بعد انقطاع الطمث ينمو بسرعة شديدة يجب أن نعتبره ورماً عفلياً حتى يثبت العكس •

٢ ـ تؤدي الأورام العفلية غالباً الى إحداث آلام في القسم السفلي من البطن وذلك نتيجة للتوتر الشديد الذي يصيب البريتوان الناجم عن تمدده نتيجة للنمو السريع للورم •

٣ ـ يندر أن يزيد حجم الورم العفلي عن حجم رأس رجل نتيجة لاصابته بالتموت والتفتت •

المعالجــة :

١ ـ الورم العفلي لجسم الرحم : تقوم المعالجة في الورم العفلي لجسم الرحم على استئصال الرحم والملحقات، ثم تتبع هذه المعالجة الجراحية بمعالجة شعاعية ، أما الحالات غير القابلة للمعالجة الجراحية فتعالج معالجة شعاعية منذ تشخيصها •

٢ ـ الورم العفلي لعنق الرحم : يعالج منذ تشخيصه معالجة شعاعية ، إذ ثبت أن نتائج المعالجة الجراحية المتبوعة بالمعالجة الشعاعية نتائج سيئة •

ملاحظــة : يمكن أن يصاب الرحم بأورام أخرى غير الاورام السليمة والخبيثة التي ذكرت سابقا منها :

١ ـ الاورام العصبية Nerventumoren . وهي أورام نادرة جدا ، تنشأ من الجهاز العصبي لتشكل الاورام العصبية الليفية في الرحم وقد شوهدت عند النساء الشابات •

٢ ـ الاورام المختلطة Mischgeschwülste : وتشكل هذه الاورام فئة نادرة من أورام الرحم منها ما هو خبيث ومنها ما هو سليم ٠

٣ ـ الاورام العجائبية Teratoide Tumoren .

٤ ـ الاورام الانتقالية Metastatische Tumoren : وهي عبارة عن أورام نشأت بشكل بدىء في منطقة ما من الجسم ثم انتقلت الى الرحم ؛ وتأتي بالدرجة الاولى أورام المبيض ، ثم الاورام التي تنشأ بدئياً في الدرق ، الجلد ، الرئة ، الثدي ، جهاز الهضم وجميعها أورام خبيثة تبدي أعراضا لا تختلف عن أعراض الاورامالخبيثة الرحمية البدئية، مثل النزوف والضائعات والآلام ، ويعتبر انذار الاورام الانتقالية أسوأ من انذار الاورام الرحمية البدئية ٠

الباب السادس

التهـــاب الملحقـــات

ADNEXENTZÜNDUNG

ADNEXITIS

نعني بالتهـــاب الملحقـــات :

١ ـ التهاب البوق Salpingitis .

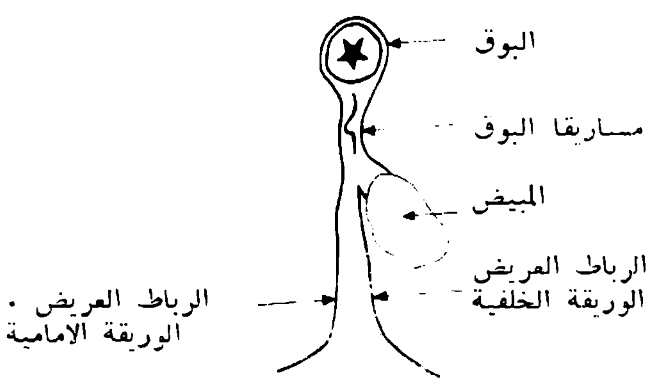
٢ ـ التهاب المبيـــض Oophoritis .

اي التهاب البوق والمبيض معــا Salpingo - Oophoritis .

هذا ورغم المسافة الصغيرة التي تفصل البوق عن المبيض فان البـــوق يقع خارج البريتوان ، ما عدا نهايته التي تسمى بالصيوان المهدب فانها تنفتح على جوف البطن من خلال ثقبة في البريتوان ، أي أن هذه النهاية هي التي تقع وحدها داخل البريتوان • أما المبيض فيقع القسم الاعظم منه داخل جوف البطن مجتازا فتحة خاصة في البريتوان ، بينما يبقى القسم الاصغر منه مع الرباط المبيضي الخـــاص Ligg. Ovarii Proprium أي الربـــاط الرحمي المبيضـــي Chorda Utero - ovarica خارج البريتـــوان الذي يحيط بهما كما يحيط بالبوقين أيضا • يتجاور البوق والمبيض بحيث يكادان يتلامســان في بعض أجزائهما ، إذ لا تفصل بينهما سوى ثنية ضيقة من البريتوان ، لذلك اذا أصيب أحدهما بالالتهاب فان الثاني على الغالب يصاب أيضا •

تنجم أغلب التهابات الملحقات عن انتقال الانتان بالطريق الصاعد ، لذا يصاب البوق أولا ثم يصاب المبيض • وفي أكثر الحالات لا تكون النتيجة

لهذه الاصابة التهاب المبيض نفسه ، بل التهاب ما حول المبيض الذي يؤدي الى تكون الالتصاقات •



الشكل (١١٣) يتجاور البوق والمبيض متقاربين جداً من بعضهما البعض بشكل يكادان يتلامسان

نسبة التهاب الملحقات :

لقد تراجعت نسبة حدوث التهاب الملحقات في السنوات الاخيرة نتيجة للمعالجة بالصادات ، وقد كانت تصل هذه النسبة سابقا الى (٢٠ ــ ٣٠٪) من مجموع الحالات النسائية بينما لا تتعدى نسبتها اليوم (١٠٪) •

نتائج التهاب الملحقات :

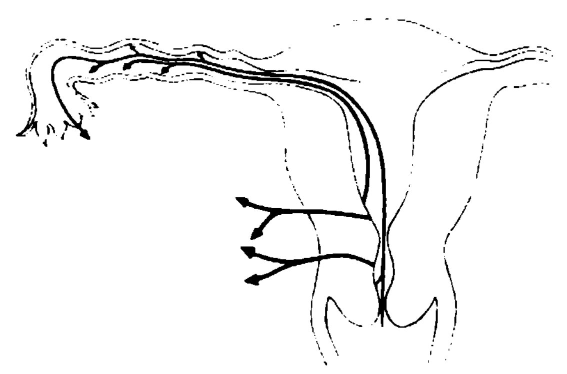
يؤدي التهاب الملحقات بالدرجة الاولى الى انسداد البوق الجزئي أو الكامل ، وهذا يعني بدوره التعرض الى حوادث الحمل خارج الرحم أو الى العقم •

يتعرض (٦٠ ــ ٨٠٪) من النساء المصابات بالتهاب الملحقات الى العقم النهائي •

الاشكال المختلفة لحدوث التهاب الملحقات :

اذا استثنينا الحالات النادرة فان التهاب الملحقات يبدأ بالتهاب البوق

أولاً ، إذ ينتقل الالتهاب في أغلب الحالات بالطريق الصاعد أي من الغشاء المخاطي لباطن عنق الرحم عبر الغشاء المخاطي لباطن الرحم الى الغشاء المخاطي لباطن البوق حيث تصاب طبقته الباطنية ، وهذا ما ندعوه بالتهاب الغشاء المخاطي لباطن البوق Endasalpingitis .



الشكل (١١٤) انتقال الالتهاب الى البوق بالطريق الصاعد والطريق اللمفاوي

كما يمكن للالتهاب أثناء انتقاله بالطريق الصاعد ، أن ينتقل مباشرة الى الغشاء المخاطي للبوق بالطريق اللمفاوي وهذا أمر نادر ، أو بالطريق الدموي وهو أكثر ندرة من الاول .

تنقذف من غشاء البوق المخاطي الملتهب مفرزات زاخرة بالخلايا الالتهابية من الكريات البيض والخلايا اللمفاوية والخلايا المصورة ، وتجتاز هذه المفرزات فوهة البوق المنفتحة على البطن لتتوضع على البريتوان الحوضي وعلى المبيض . لذا فان التأخر في تطبيق المعالجة الفعالة يؤدي الى اشتداد الحالة الالتهابية وازدياد كمية القيح داخل لمعة البوق ، وبالتالي الى نشوء أورام صغيرة واستطالات من الغشاء المخاطي لباطن البوق لا تلبث أن تلتصق ببعضها البعض مشكلة منظرا يشبه الشبكة ، فلا يعود البوق عندئذ صالحاً للقيام بوظيفته في نقل البيض .

هذا واذا استمر الالتهاب فانه سوف ينتقل الى الطبقة العضلية الرقيقة

للبوق فالطبقة المصلية ، ويطلق على هذا الالتهاب المتعمم الذي أصاب طبقات البوق الثلاث من الداخل الى الخارج اسم التهاب البوق •

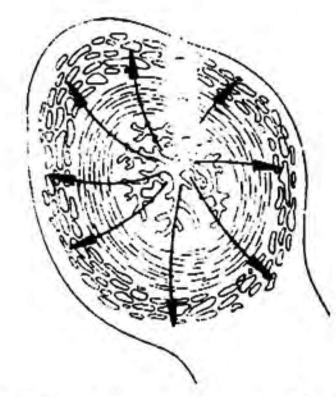
التهـاب البـوق : Salpingitis :

تتيجة للارتشاح الالتهابي الذي يصيب الطبقة العضلية لجدار البوق والذي يؤدي الى زيادة ثخانتها ، تتكون فيها خراجات صغيرة تنفتح على اللمعة ، فاذا شفي الالتهاب تحولت هذه الخراجات الى فجوات أو جيوب صغيرة ، كما ينمو نسيج ضام في الطبقة العضلية خلال فترة الشفاء مما يؤدي الى ضخامة وقساوة البوق بحيث لن يعود الى وضعه الطبيعي مطلقاً ، فبينما يكون قطره في الحالة الطبيعية (٥ مم) يصبح (١٠ ــ ١٥ مم) • هذا وان التبدلات التي حدثت في الغشاء المخاطي لباطن البوق والتي شكلت ما يشبه الشبكة أو الحواجز ، بالاضافة الى الفجوات التي تشكلت أيضا داخل الطبقة العضلية ، سوف تكون جميعها السبب الرئيسي في انحباس البيضة داخل لمعة البوق وحدوث الحمل البوقي • والواقع أن التهاب البوق المتقدم وغير المعالج سوف يؤدي إن عاجلا أو آجلا الى احدى الحالتين التاليتين :

١ ــ **التصاق البوق بالجوار** (التصاق مباشر ، أو التصاق بالالتحام نتيجة لتكون نسج التهابية جديدة تصل بين البوق والاعضاء المجاورة)، كما يشترك المبيض بهذه الالتصاقات عبـر طريـق النسج الالتهابية المتكونة (أي بالالتحام) •

٢ ــ **انسداد النهاية البطنية للبوق (الصيوان) :**

الحالة الاولى ــ التصاق والتحام البوق مع الجوار : يمكن للالتهاب كما ذكرنا أن يصيب الطبقة المصلية للبوق أي البريتوان الحوضي الذي يشكل طبقة ساترة للبـوق تلتصق به التصاقاً وثيقاً وهـذا ما يسـمى بالتهاب ما حول البوق Perisalpingitis ، ثم لا يلبث أن ينتقل هذا الالتهاب الى المبيض المجاور مما يؤدي الى انجراره نحو البوق والتصاقه به ، كما يمكن لهذا الالتهاب أن يؤدي أيضا الى تكوين الالتصاقات والالتحامات بين البوق والمبيض من جهة وبقية الاعضاء من جهة أخرى •



الشكل (١١٥) انتقال الالتهاب
في البوق من باطنه الى ظاهره



الشكل (١١٦)
التهاب الملحقات الحاد

هذا وفي حالة امتلاء البوق بالمفرزات القيحية الناجمة عن الغشاء المخاطي لباطن البوق الملتهب ، فان هذه المفرزات سوف تنتقل عن طريق الفوهة البطنية للبوق الى الحوض محدثة التهاب البريتوان الحوضي Pelvo (Pelvi) Peritonitis .

كما اننا نسمي الحالة الالتهابية التي تتكون فيها بعض الانسجة الالتهابية الرقيقة أو الثخينة التي تستر المبيض التهاب ما حول المبيض Peroophoritis



الشكل (١١٧) التهاب ما حول البوق وما حول المبيض مع كيسات جريبية وصفية

يمكن في أغلب الاحيان تحرير المبيض بسهولة من هذه النسج الالتهابية الساترة له ولكن قد نحتاج أحياناً إلى بذل بعض الجهد في ذلك • يعتبر التهاب البريتوان العرض الوصفي العنيف للآفات الالتهابية الحادة ، كما يعتبر السبب في الآلام الشديدة المحدثة في أسفل البطن ، ويعتبر التهاب البريتوان المتعمم من الحالات النادرة الحدوث • تدلنا الفحوص النسيجية على أن التهاب ما حول المبيض بالجراثيم الممرضة الآتية بالطريق الصاعد أمر نادر الحدوث ، كما أن من الملاحظ أن أهم التبدلات التي تصيب المبيض نتيجة لالتهاب الملحقات ليست ذات طبيعة التهابية وانما هي نتيجة اضطراب الدورة الدموية في المبيض ، مما يؤدي الى زيادة في نسيجه الضام والى تشكل الوذمات فيه ، حيث يؤدي ذلك الى حالة مرضية ينجم عنها سرعة في نضج الأجربة التي تتميز بعدم الانفجار • يعتقد حسب المعلومات المتوفرة حالياً ان الالتحامات الالتهابية التي تحدث ما بين المبيض والأعضاء المجاورة نتيجة لحدوث التهاب ما حول المبيض ، هي التي تمنع الاجربة من الانفجار ، لذلك يشاهد غالبا على سطح المبيض عدد من الكيسات الصغيرة أو الكبيرة نسبيا المتكونة نتيجة لعدم انفجار الجريبات حيث ترافق هذه الكيسات معظم حالات التهاب الملحقات وبذلك يتحول المبيض الى المبيض المتعدد الكيسات • هذا وان المبيض المتعدد الكيسات المذكور Polyzystisches Ovar (Polycystic) لن يزيد كثيراً عن حجمه الطبيعي وقد يصبح ضعف حجمه في بعض الاحيان •

يعتبر المبيض المتعدد الكيسات حالة وصفية لالتهاب الملحقات •

اما خراج المبيض Ovarialabszess (Ovarial abscess) فهو نادر الحدوث وينشأ عن دخول القيح الزاخر بالجراثيم الممرضة الى جوف الجريب بعد انفجاره ، حيث تأخذ الانسجة الملتهبة بالانحلال شيئا فشيئا مما يؤدي الى ازدياد حجم جوف الجريب وتشكل الخراج المبيضي •

الحالة الثانية ــ انسداد النهاية البطنية للبوق :

يحدث انسداد النهاية البطنية للبوق نتيجة لانثناء أهداب الصيوان الى

داخل لمعة البوق والتصاق والتحام الطبقة المصليـة التي تسترها مع بعضهـا البعـض •

أما النهاية الرحمية للبوق فانها تنسد في كافة الحالات الالتهابية تقريبا قبل انسداد البوق ، ويؤدي هذا الانسداد البوقي بشكل عام الى نتيجتين:

آ ــ حماية البدن من دخول القيح والجراثيم الممرضة الى جوف البطن•

ب ــ انحباس المفرزات داخل لمعة البوق وتجمعها مما يؤدي الى تكون ما يسمى بالبوق الكيسي (Tubensack = Saktosalpinx (Sactosalpinx الذي ينقسم حسب محتواه الى ثلاثة أنواع :

١ ــ تقيح البوق Pyosalpinx اذا كان المحتوى قيحيا •

٢ ــ استسقاء البوق Hydrosalpinx اذا كان المحتوى مصليا •

٣ ــ تدمي البوق أو ورم البوق الدموي Haematosalpinx اذا كان المحتوى مدمى ، علماً بأن تدمي البوق يعتبر من الحالات النادرة كنتيجـة للالتهاب ، اذ تحدث هذه الحالة بالتدرج كما يلي :

آ ــ في الحمل خارج الرحم •

ب ــ في حالة اصابة البوق بالاندومتريوز •

جـ ــ في التهاب الملحقات وهي الحالة التي تحدثنا عنها •

د ــ في الانسداد الخلقي للجهاز التناسلي الذي يؤدي الى منع خروج دم الطمث الى خارج الأعضاء التناسلية •

يتراوح حجم البوق المتقيح بين حجم رأس الغليون وحجم قبضة اليد ويندر جدا ان يزيد عن ذلك • هذا وفي حالات تقيح البوق التي يكون فيها جدار البوق كثيفاً وقاسياً فان ثقله يدفعه غالبا نحو رتج دوغلاس ، كما ان التهاب ما حول البوق والتهـاب البريتوان الحوضي المجـاور للبوق سوف يؤدي الى حدوث التصاقـات والتحامات بين البـوق والمبيض والبريتوان

الحوضي والامعاء ، حيث ينجم عن ذلك ما يسمى بأورام الملحقات الالتهابية Entzündliche (inflammatory) Adnextumors وهي أورام كاذبة Pseudotumors قد يزيد حجمها عن حجم قبضة اليد ، وتشتمل غالبا على أجزاء من الثرب وبعض العرى المعوية والمثانة •

ان أغلب الالتصاقات الصميمية الحادثة ما بين البوق والمبيض والتي تعتبر من الحالات الوصفية المرافقة لالتهاب الملحقات ، هي التصاقات بين بوق مستسق Hydrosalpinx وبين كيسة احتباسية مبيضية Retentionszyste حيث يأخذ هذا الالتصاق مظهرا ورمياً كروي الشكل ، ويكون الالتصاق شديداً لدرجة يصعب أو يستحيل الفصل بينهما فيتشكل منهما الكيسة البوقية المبيضية Tubovarialzyste .

أما اذا كان البوق متقيحا Pyosalpinx والمبيض قد تحول الى خراج Ovarialabszess فحدوث الالتصاق بينهما أمر نادر ، وفي حالة حدوثه يزول الجدار الفاصل بينهما ويتشكل منهما الخراج البوقي المبيضي Tubovarialabszess .

الاسباب المرضية لالتهاب الملحقات : Aetiologie :

تكاد تكون الاسباب الجرثومية هي الاسباب الوحيدة في التهاب الملحقات ، ومن أهم هذه الجراثيم المكورات العقدية Streptococcus والمكورات العنقودية Staphylococcus حيث يحدث الانتان بالدرجة الاولى في فترة النفاس وبعد الاسقاط ، أما دور المكورات البنية Gonococcus فيأتي في الدرجة الاخيرة في احداث هذا الالتهاب بعكس ما كان يعتقد سابقا ، بينما تأتي عصيات كوخ أي العصيات السلية Tuberkelbakterien في الدرجة الثانية •

تنتقل هذه الجراثيم بطريقتين : الطريق الصاعد أو الالتهاب الصاعد ثم الطريق النازل أو الالتهاب النازل •

١ ـ الطريق الصاعد أو الالتهاب الصاعد :
: Aszendierende (Ascending) Infektion

آ ـ طريق الغشاء المخاطي أو طريق القناة التناسلية : Sehleimhautweg = Intrakanalikularer Weg : ويعني ذلك انتقال الجرثوم من المهبل الى مجرى عنق الرحم فالغشاء المخاطي لباطن الرحم فالبوق • يعتبر هذا الطريق الطريق المدرسي لانتقال المكورات البنية ، كما يمكن أن تسلكه كافة الجراثيم الممرضة الاخرى الى جانب الطريق اللمفاوي• هذا وقد أصبح من المؤكد تقريبا أن كافة الجراثيم الممرضة التي تؤدي الى التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم، سوف تؤدي بالتالي الى التهاب الملحقات•

ب ـ الطريق اللمفاوي : Lymphweg يعتقد البعض ان الجراثيم الممرضة بعد وصولها بالطريق الصاعد الى الغشاء المخاطي لقناة العنق تنتقل الى البوق بالطريق اللمفاوي وليس عن طريق الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، لكن التجربة تجعلنا نعتقد أن هذا الانتقال ممكن بالطريقين معاً إلا أن الطريق اللمفاوي قد يكون هو الطريق المفضل في انتقال هذه الجراثيم •

جـ ـ الطريق الدموي: Blutweg لقد أثبتت المعلومات ان أكثر الاسباب المؤدية لالتهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، وأن الفرص المناسبة لحدوث التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ومن ثم التهاب البوق ، تتطلب بالدرجة الأولى توفر الشروط التالية :

١ ـ وجود الجراثيم الممرضة •

٢ ـ انفتاح الفوهة الظاهرة لعنق الرحم وانفتاح قناة عنق الرحم •

٣ ـ نزف دموي خفيف أو خروج مفرزات من باطن الرحم •

٤ ـ أن يكون الغشاء المخاطي لباطن الرحم غشاء مؤوفاً •

تشكل هذه الشروط جميعها اذا اجتمعت ، الطريق الذي سوف تسلكه الجراثيم الممرضة ويعني ذلك كله وجود احدى الحالات التالية :

١ ـ اسقـاط •
٢ ـ طمـث •
٣ ـ ولادة أو نفـاس •

حيث ينقذف فيها الغشاء المخاطي لباطن الرحم تاركاً خلفه سطحاً مدمى ينزف منه الدم الذي يأتي من أوعية الرحم المفتوحة •

(يشكل دم الطمث والدم المرافق للاسقـاط والهلابة طريقا تسلكـه الجراثيم الى باطن الرحم) ، **أما السؤال عن مصدر هذه الجراثيم المرضة فمن** السهل الاجابة عليه عندما نعلم **أن هذه الجراثيم تتوضع في ما يمكن تسميته بمخزن الجراثيم** Bakteriendepot ، الـذي يتألف من **ثنيات في الغشـاء** المخاطي للعنق ، حيث تنتظر الفرصة الملائمة (طمث ، هلابة) **لتسلك الطريق** الصاعد باتجاه الغشاء المخاطي لباطن الرحم **ومنه الى باطن البوق** •

هذا ويشكل الطمث أو المفرزات أو الهلابة مع النسج المتموتة الوسط الملائم لنمو هذه الجراثيم ، ان ما يلاحظ **في الحياة العملية هو :**

أن أكثر حالات التهاب الملحلقات المزمنة تنشأ عند حدوث الاسقاط أو الطمث حيث تظهر في أعقابها الاعراض السريرية الاولى •

أما في حالات أخرى فيؤثر الطمث والهلابة القلوية التفاعل على الوسط الحامضي للمهبل ، **أي أن** PH = ٤ تقريبا PH = Rund 4 ، **فتضعف المقاومة فيه مما يسهل على الجراثيم المرضـة الدخول بالطريق الصاعد الى القنـاة التناسلية** • كما ان استعمال الآلات الملوثة أثناء تجريف الرحم ، **سوف يؤدي الى انتقال الجراثيم الى الغشاء المخاطي لباطن الرحـم فالبوق • لذلك يجب الحذر من التعقيم** غـير الكافي للالات المستعملة **في المداخـلات على جوف الرحم ، وكم تكون دهشة الطبيب المبتدىء كبيرة عندما يكشف وجود ورم في الملحقات في عواقب احدى هـذه المداخلات • لذا يجب التزام الحـذر**

الشديد عند استعمال الآلات الذي قد يؤدي الى هـذه الصورة المرضية وبالتالي الى آفة قد تلازم المرأة طيلة حياتها ، اذ كما هو معلوم يكاد يكون التهاب الملحقات نتيجة حتمية لالتهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم •

٢ ـ الطريق النازل أو الالتهاب النازل :
Deszendierende (Descending) Infektion :

آ ـ التهاب الملحقات السلّي : تنتقل الآفـة السلية غالباً الى البوقين وتشكل نسبة اصابتهما (٩٠٪) من اصابة بقية أعضاء الجهاز التناسلي • ينتقل الانتان من بؤرة بدئية تقع غالباً في الرئة ، ثم تكتمل اصابة الاعضاء التناسلية الأخرى بانتقال الانتان اليها من البوقين عن طريق القناة التناسلية بالطريق النازل كما يغلب الاعتقاد حالياً •

ب ـ التهاب الملحقات الناجم عن انتقال الانتان من الامعاء والبريتوان:

ينتقل الانتان الى الملحقات في حالات وجود آفة سلية مجاورة ، أو التهاب الزائدة ، أو التهاب الامعاء التيفي ، أو التهاب البريتوان ، الا أن اصابة الملحقات بالطريق النازل في هذه الآفات المذكورة لا يلعب الا دوراً ضئيلاً • هذا وأن التهاب البريتوان السلي يكاد يؤدي بالضرورة في كافـة الحالات الى التهاب البوقين السلي :

أعراض وسير التهاب الملحقـات :

يمر التهاب الملحقات بثلاث مراحل :

آ ـ المرحلة الحادة :

تلاحظ هذه المرحلة غالباً في أعقاب اسقاط أو طمث وتتظاهر بالثالوث العرضي لالتهاب الملحقات الحاد وهو الألم ، الترفع الحروري ، التفـاعل البريتوانـي •

ان التهاب الغشاء المخاطي لقناة عنق الرحم ولباطن الرحم يكاد لايحدث

ألماً يذكر . لكنه بمجرد انتقاله الى البوقين فانه يؤدي غالباً الى ظهور علامات حادة ووصفية اذ تشعر المريضة فجأة بألم حاد في أسفل البطن يجعلها تنحني على نفسها ولا تستطيع الوقوف منتصبة بسبب شدته ، كما تصاب بترفع حروري شديد أيضاً .

تمنع هذه الحالات الشديدة والمترافقة بتقفع البطن من اجراء الجس ، ولكن في بعض الحالات الاخرى اذا أجري الجس بلطف وحذر شديدين ، يتمكن الفاحص من معرفة وجود الألم المحدث ومن الشعور بارتشاح في المنطقة الموافقة للملحقات . يؤدي تحريك الرحم وجس العنق وتحريكه الى حدوث الألم ، كما ان الالم المحدث أثناء مس الرتج الخلفي يعتبر من العلامات المميزة لالتهاب الملحقـات .

ان التهاب الملحقات الحاد لا يعنـي التهاب البـوق أو التهاب البـوق والمبيض فقط ، بل يعني دائما وقبل كل شيء التهاب البريتوان الحوضي ، وهذا ما يفسر لنا اتساع المنطقة المؤلمة أثناء جس البطن ، كمـا قد تكون الأعراض البريتوانية في أغلب الاحيان في مقدمة الاعراض الناجمة عن التهاب الملحقات (التفاعل البريتواني ، تقفع أسفل البطن ، الغثيان) .

يشير الألم الشديد في أسفل البطن الى التهاب الملحقات وبخاصة اذا حدث هذا الالم اثر اسقاط أو طمث وترافق بترفع حروري ،

وهنا تستوجب المناقشة لاجراء التشخيص التفريقي وهذا ما سنراه مفصلا ، علما بأن الأعراض البريتوانية في التهاب الملحقات اذا عولجت معالجة صحيحة فانها تزول خلال (٢ ــ ٤) يوماً .

ب ــ المرحلة تحت الحادة :

لا ترتفع الحرارة في هذه المرحلة عن (٣٨) درجة وتهبط سريعا الى (٣٧) درجة ثم تزول نهائيا ، كما يغيب التفاعل البريتواني ويتراجع الألـم

المحدث والألم بشكل عام ، لكن المريضة تظل تشكو من شعور بالشد مع ألم واخز في جانب واحد • يقول هاينه‌مان Heynemann :

تستمر المرحلة تحت الحادة أسابيع بعدد الأيام التي استمرت فيها المرحلة الحادة •

هذا وبتراجع الاعراض الشديدة يمكن للفاحص عندئـذ أن يشخص الآفة ، حيث يشعر أثناء المس بالبوق المؤلم قليلاً (الألم المحدث) والمتضخم قليلا (ضخامة إصبح) والمتحرك قليلا ، والمحاط بمنطقة واسعة من الالتصاقات •

قد يدل التشخيص على وجود ورم في جانب واحد أو في الجانبين ، قليل الحركة ، مؤلم بالجس ، قد يبلغ حجمه حجم قبضة اليد ، يتوضع غالباً في رتج دوغلاس • والواقع أن ما يشعر به الطبيب الفاحص أثناء المس يختلف من حالة الى أخرى . حيث يشعر أحيانا بضخامة خفيفة ممتدة كالحبل ، أو لا يشعر بأي تغير في الملحقات سوى ما تشكوه المرأة من الألم المحدث أثناء المس وان كانت هذه حالة نادرة •

ج ـ المرحلة المزمنة :

في هذ ه‌المرحلة لانجد عند المريضة أي ترفع حروري ، وكل ما نجده هو الألم المحدث الخفيف عند مس الملحقات المصابة • إن الصفة المميزة في هذه المرحلة ، هو الاستعداد الدائم عند المريضة الى نكس الحالة الالتهابية مع عودة أعراضها الحادة المعروفة بعد هجوع هذه الاعراض مدة قد تقصر أو تطول •

يعتبر التهاب الملحقات مثلا مدرسياً للامراض الالتهابية الناكسة •

يشبه البعض التهاب الملحقات المزمن بالنار تحت الرماد ، اذ كما تعود النار الى الاتقاد من جديد عندما تهب عليها ريح خفيفة ، تعود أيضا أعراض

التهاب الملحقات الى الظهور من جديد عندما تتعرض المرأة الى منبه خارجي ولو كان خفيفاً ، اذ يكفي اهمال صحي بسيط لأن يكون هذا الاهمال هو المنبه المذكور • مثلاً يكفي أن تتعرض المرأة بعد الحمام الى البرد ، أو أن تستلقي بعد خروجها من السباحة دون أن تجفف جسمها وتستعيض عن لباس الحمام المبلل بآخر ناشف ، لتعود اليها أعراض الالتهاب المذكورة • كما يمكن لفحص نسائي عنيف أن يثير الأعراض الهاجعة ، خاصة اذا أجري بعد الطمث مباشرة ، اذ يعتبر الطمث بشكل عام لما يحدثه من احتقان في الحوض سبباً في نكس الالتهـاب •

لذا فان كل طمث يعني بالنسبة لامرأة مصابة بالتهاب الملحقات المزمن تهديداً بعودة الأعراض الالتهابية من جديد بعد ان كانت هاجعة • كما ان كل اجهاد جسدي يعرضها الى نفس النتائج ، مثلا الرياضة المجهدة ، الرقص لمدة طويلة ، المبالغة في الجماع ، لذلك ينصح بشيره مبل Pschyrembel المصابات بالتهاب الملحقات المزمن بحياة هادئة وأن يعشن كما لو كن قد تجاوزن سنهن الحقيقي بـ (١٠ ــ ١٥) سنة • هذا وتضاف إلى الأعراض المذكورة لالتهاب الملحقات المزمن أعراض أخرى ، مثل الشعور بالجر ، والحس بالامتلاء أو التوسع ، وذلك نتيجة للالتصاقات والالتحامات التي تكونت بين الملحقات من جهة والامعاء والانسجة الكائنة حول رتج دوغلاس من جهة أخرى •

اختلاطات التهاب الملحقـات :

تتجلى هذه الاختلاطات بالحالات التالية :

١ ــ النزوف •

٢ ــ خراج رتج دوغلاس وسنرى ذلك مفصلا •

٣ ــ التهاب ما حول الرحم وسنرى ذلك مفصلا •

٤ ــ انفجار مبيض متقيح Pyovar أو خراج مبيضي Ovarialabszess

وقد يؤدي ذلك الى التهاب البريتوان ، علماً بأن هذا الاختلاط نـادر الحـدوث •

النزوف : Blutungen (Bleding) :

نعني بالنزوف هنـــا الطمث الشـديد Verstaerkerte Regelblutung والمديـــد Verlaengerte Regelblutung ، وقد يستمر هذا النزف مدة طويلة ليشكل ما نسميه بالنزف المستمر Dauerblutung ، بحيث لا تستطيع المريضة أن تفرق بين طمثها وبين هذه النزوف المتكررة ، التي قد تؤدي الى ســوء حالتها العامة • يرجع سبب هذه النزوف الى التهاب الغشاء المخاطي لبـــاطن الرحم المرافق لالتهاب الملحقات ، اذ ينتقل الجرثوم كما مر معنا بالطريق الصاعد الى الملحقات عبر الغشاء المخاطي لباطن الرحم مؤدياً الى التهابه ، ويستمر هذا الالتهاب طيلة استمرار التهاب الملحقات ، كما ان نكس التهاب الملحقات المزمن يؤدي أيضا الى عودة التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم من جـــديد •

عواقب التهاب الملحقـــات :

آ ـ العقـــم : Sterilitaet :

ينجم العقم في التهاب الملحقات عن انســـداد البوقين أما في نهايتيهما البطنيتين ، أو في نهايتيهما الرحميتين ، أو في أية منطقة كانت في مسيرهما ، نتيجة للالتصاقات المتكونة في الغشاء المخاطي للبوق •

ب ـ الحمل البوقي : Tubenschwangerschaft (Tubal Pregnancy) :

يشكل الحمل البوقي (٩٩٪) من مجموع حالات الحمل خارج الرحم، وتعود أغلب أسبابه إلى التهاب البوق المزمن ، حيث تنحبس البيضة الملحقة أثناء سيرها باتجاه الرحم في الشبكة التي تكونت من الالتصاقات الناجمة عن التهاب الغشاء المخاطي للبوق ، أو في احدى الحفر أو الجيوب التي نشأت في الطبقة العضلية للبوق نتيجة للخراجات الصغيرة التي تكونت في هذه الطبقة خلال الالتهاب ، وفي كلتا الحالتين تعشش وتنمو البيضة الملقحة في نفس المكان الذي انحبست فيه •

جـ ـ الانعطاف الخلفي الثابت للرحم : Retroflexio uteri fixata :

وسنرى ذلك مفصلا •

التشخيص التفريقي : Differentialdiagnose :

١ ــ التهاب الزائدة الحاد : Appendizitis :

ان التشخيص التفريقي بين التهاب الزائدة الحاد والتهاب الملحقات الحاد على درجة كبيرة من الاهمية ، اذ تكون المعالجـة في التهاب الزائدة الحاد مستعجلة وجراحية ، بينما تكون المعالجة في الحالة الثانية معالجة محافظة ، ويعتمد التشخيص على :

اولا ــ الفحص الخارجي :

آ ــ يكون تقفع البطن بشكل عام في التهاب الملحقـات الحاد خفيفاً ويحدث متأخراً بعكس ما هو عليه في التهاب الزائدة الحاد •

ب ــ تتوضع منطقة الألم المحدث في التهاب الملحقات في منطقة الحوض الصغير أو في رتج دوغلاس اذا كانت الملحقات الملتهبة قد اندفعت الى هذا الرتج ، بينما تتوضـع في التهاب الزائـدة الحاد في منطقة ماك بورنـي McBurny أو أعلى قليلاً •

ثانيا ــ الفحص بالمس المهبلي أو الشرجي :

يعتبر المس الشرجي على درجة كبيرة من الأهمية في وضع التشخيص للأسباب التالية :

١ ــ ان الألم المحدث في الرتج الخلفي مع الألم الناجم عن تحريك عنق الرحم يوجهان التشخيص نحو التهاب الملحقات ، كما ان النتحة التي تنشأ عن التهاب الزائدة لاتتجمع في رتج دوغلاس الا بعد مرور فترة على حدوث الالتهـاب •

٢ ــ اذا أمكن جس الملحقات اليمنى بوضوح دون حدوث ألم ، وكان مركز الألم متوضعاً في منطقة أعلى منها ، فالتشخيص يتجه على الاغلب نحو التهاب الزائـدة •

٣ ــ باجراء المس الشرجي اذا حدث الألم عند البدء بادخال الاصبع الماسة فالتشخيص يتجه نحو التهاب الملحقات ، اما اذا حدث الألم بعد الانتهاء من ادخال الاصبع الماسة أو بعد دفعه باستمرار نحو الأعلى فالتشخيص يتجه نحو التهاب الزائدة •

أما سرعة التثفل أو تعداد الكريات البيض والصيغة فانهما لا يساعدان على التشخيص التفريقي ، وان كان تعداد الكريات يزداد في التهاب الزائدة أكثر منه في التهاب الملحقات ، علماً بأنه يمكن أن يقع الطبيب في الخطأ في بعض الحالات عند وضع التشخيص رغم معرفته بكل ما ذكر •

٢ ــ الحمــل البوقي :

يمكن الشك بوجود الحمل البوقي لدى امرأة مصابة بالتهاب الملحقات اذا تأكد وجود كتلة في أحد الجانبين ، الا أنه في الواقع لايمكن التفريق بين الكتلة الناشئة على حساب التهاب الملحقات ، أو بسبب الحمل البوقي • هذا وفي حال تشخيص وجود كتلتين في الجانبين فان ذلك لن ينفي وجود الحمل البوقي ، اذ يمكن أن تكون احدى هاتين الكتلتين حملا بوقياً والاخرى ورماً ناشئاً عن التهاب الملحقات ، الا أنه يمكن الاعتمــاد على المس في تشخيص الحمل البوقي في حالة واحدة فقط هي اذا لاحظنا بالمس المهبلي المتكرر ازدياد حجم هذه الكتلة دون حدوث الأعراض الالتهابية الحادة ، فالتشخيص يتجه عندئذ نحو الحمل البوقي • والواقع ان استجواب المريضة ومعرفة قصتهــا المرضية بشكل دقيق يلعبان دوراً كبيراً في وضع هذا التشخيص التفريقي ، اذ نجد أن سير القصة المرضية يختلف في الحمــل البوقي عنه في التهــاب الملحقات ، حيث نجد في الحــالة الاولى انقطاع الطمث الــذي يتلوه نزف خفيف ، بينما لا نجد انقطاع الطمث في الحالة الثانية •

ان كل امرأة في سن النشاط التناسلي ، انقطــع طمثها ، ثم اصيبت بنزف (خفيف غالبا) بعد مرور (٦ ــ ٨) أسابيع من انقطاعه يجب أن يشتبه عندها بحمل خارج الرحم •

هذا ويمكن الاعتماد على قياس حرارة البدن الاساسية **Basaltemperatur** وتفاعل الحمل الحيوي في تشخيص الحمل البوقـي ، كما يسهل لنا هـذا التشخيص أيضا بزل رتج دوغلاس الذي يبدو محدباً غالباً عند اجراء المس المهبلـي •

معالجـة التهـاب الملحقـات :

تختلف المعالجة من حالة الى أخرى وذلك حسب المرحلة التي تمر بهـا حادة كانت أو تحت الحادة أو مزمنة ، وحسب الاعراض كالترفع الحروري ، شدة الألم ، الأعراض البريتوانية ، سرعة تثفل الدم ، تعداد الكريات البيض •

١ ـ معالجة المرحلة الحـادة :

تقوم المعالجة في هذه المرحلة بالدرجة الاولى عـلى الراحة المطلقة في السرير ، منع الجماع ، وضع كيس جليد أو كمادات رطبة على الناحيـة المصابة ، منع الاكياس الساخنة منعاً باتاً ، وينصح عادة بمعالجة هذه المرحلة في المشفى •

أما في حالة ظهور علامات بدء التفاعل البريتواني فيجـب أن تكون المعالجة في المشفى حتماً •

ينظم التغوط عند المريضة، كما توضع على حمية تقوم على اعطاء الاطعمة الخفيفة للتقليل ما أمكن من الحركة الحوّية للامعاء ، هذا وفي حال بـدء الاعراض البريتوانية يتوجب منع المريضة عن الطعام بتـاتا لايقاف حركـة الامعاء بشـكل مطلق ، ثم يبدأ بالحمية الخفيفة بعد تراجع الاعراض •

تعطى الملينات أو تعمل الحقن الخفيفة لافراغ الامعاء ، كما يقلل من اجراء المس المهبلي أو الشرجي بحيث تجري مرة واحدة كل (٦ ــ ٨) أيام الا في بعض الحالات الاضطرارية، مثل تكون خراج رتج دوغلاس، حيث يجري المس يومياً لكي لا يفوت اليوم الذي يتوجب فيه بزل الخراج •

المعالجة الدوائية :

تطبق المعالجة الدوائية حالا باعطاء الصادات واسعة الطيف مع مركبات الكور تيكوئيد ،

اذ ان التهاب البوق سريع الانتشار • ان الهدف من تطبيق المعالجة السريعة هو شفاء الغشاء المخاطي للبوق سريعاً ولا يمكــن تحقيق ذلك الا بتطبيق المعالجة المذكورة وفي أسرع وقت ممكن ، وبذلك يمكن عندئذ منع حدوث التبدلات العضوية في البوق التي تؤدي الى العقم الثانوي ، ومنع تطور المرحلة الحادة الى المرحلة المزمنة ، مع منع حدوث الاختلاطات التي قد ترافق المرحلة الحادة •

تعطى عادة مركبات الكورتيكوئيد ضمن الفترة التي تعطى فيها الصادات الواسعة الطيف ، حيث يبدأ بمقادير عالية ثي تخفض تدريجياً على أن يثابر على اعطاء الصادات مدة ٢ ـ ٣ يوما بعد انتهاء الكورتيكوئيد لان المقاومة العامة تضعف كثيراً أثناء استعماله •

ملاحظـة :

يمنع اعطاء الكورتيكوئيد للنساء المصابات بالداء السكري أو بآفة سلية أو عند وجود ورم معدي أو معوي •

يتجلى تأثير الكورتيكوئيد عموما بتأثيره المضاد للالتهاب، حيث يقلل من قابلية الاوعية الشعرية للارتشاح وانسلال الكريات البيض وبالتالي يخفف من تشكل النتحة والقيح، كما يقلل بشكل خاص من نمو النسج وهذا مايحول دون تليف النسج الضامة وبالتالي دون حدوث الالتصاقات •

الكورتيكوئيد يلجم نمو المه زانشيم Mesenchym .

الفوائد الاضافية للمعالجة بمركبات الكورتيكوئيد :

آ ــ سرعة هبوط الحرارة وتراجع الاعراض الحادة وتحت الحادة •

ب ــ سرعة تحسن الحالة العامة وانقاص فترة المعالجة وعودة الكريات البيض والصيغة الكروية وسرعة التثفل الى الحالة الطبيعية •

جـ ــ تراجع الاورام المبيضية المتشكلة •

د ــ الاقلال كثيرا من تشكل الالتصاقات البريتوائية الحوضية •

هـ ــ يمنع في المرحلة الحادة منعاً باتاً اجراء المغاطس أو اعطاء الادوية المسرعة للارتشــاف •

ملاحظـة : في الحالات الحادة لالتهابات الملحقات تمنع المداخلـة على الرحم منعا باتا وبخاصة اجراء تجريف الرحم ، خوفاً من انتقال الجراثيم الى مناطق مجاورة بالطريق الصاعد ، أو انتشار الالتهاب الى مناطق أخرى بالطريق الدموي أو اللمفاوي •

على هذا الاساس يجب تطبيق المعالجة المحافظة في كل التهابات الملحقات الحادة الحديثة العهد ، تستثنى منها بعض الحالات الحادة مثل :

١ ــ التهاب البريتوان الناجم عن انثقاب بوق متقيح أو خراج مبيضي •

٢ ــ الحالات المترافقة بانسمام دموي •

٣ ــ الحالات المترافقة بالدنف المترقي رغم تطبيق المعالجــة المحافظة ، ففي هذه الحالات الثلاث ورغم وجود الالتهــاب في المرحلة الحــادة يجب اللجوء الى المعالجة الجراحية •

٢ ــ معالجة المرحلة تحت الحادة :

تقوم المعالجة في هذه المرحلة على الراحة المطلقة في السرير ومنع الجماع منعاً باتاً كما ورد في معالجة المرحلة الحادة ، والاختلاف هنا يكون بالاستعاضة

عن تطبيق الكمادات الباردة، بالكمادات الفاترة أولا لعدة أيام ثم بالكمادات الحارة ، وينصح الكثيرون بتطبيق بعض المعالجات غير الوصفية او ما تسمى بالمعالجة المثيرة Reiztherapie بهدف رفع المقاومة العامــة عند المريضة مثل اعطاء اشيناسين Echinacin بمقادير متدرجة يومياً حتى بلوغ الحد الاقصى (تشبه هذه المعالجة العلاج بالبروبيدون Propidon حيــث تتحول المرحلة تحت الحادة الى المرحلة الحادة ، اذ يزداد الألم وترتفع الحرارة ويزداد تعداد الكريات البيض ، ثم تقطع هذه المعالجة فجأة وتطبق المعالجــة بالصّادات واسعة الطيف مع الكورتيكوئيد ووضــع كيس من الجليد على الناحيــة المصابة • كما يمكن تطبيق المعالجة لنفس الهدف دون اشتداد أعراض المرحلة تحت الحادة باللجوء الى الاستدماء الذاتي • والواقع ان هذه المعالجة المثيرة غير مجدية الا أنها لا تخلو من بعض المحاسن ، اذ تشعر المريضة أن شيئاً ما قد أجري لها وبذلك تستطيــع أن تتحمل فترة الراحــة المطلقة في السرير بــهولــة •

مدة تطبيق المعالجة المحافظة :

تستمر المعالجة المحافظة في التهاب الملحقات مدة تتراوح بين (٦ ــ ١٠) أسابيع أو تزيد وذلك حسب شدة الاصابة ، ويعتبر تقيح المبيض من الحالات التي تصنف في المرحلة تحت الحادة لذلك يتوجب معالجتها معالجة محافظة •

أما الحالات التي يلاحظ فيها سرعة في ازديــاد ضخامة الملحقات مــع استمرار الترفع الحروري وتناقص الوزن والقوة البدنية رغم تطبيق المعالجة المحافظة طيلة هذه الفترة ، يتوجب عندئذ بزل الكتلــة المتكونة وافراغهــا (مص المحتوى) عن طريق المهبل • يطبق ذلك أيضا على الحالات الناجمة عن التهاب الملحقات السلي (علما بأنه يجب اثبات وجود الآفة السلية مخبريا بتلقيح حيوانات التجربة) ، ولكن يحذر من توسيع مكان البزل أو تفجيره : لأن ذلك سوف يؤدي حتما الى تكوين ناسور بوقي مهبلي ينــدر شفاؤه عفوياً نتيجة لانتقال العدوى المتكررة من الجراثيم الكائنة في المهبل ممــا يضطرنا الى المعالجة الجراحية • أما في حالات تكون خراج رتج دوغلاس

(وهذا ما سنشاهده مفصلاً) فيتوجب علينا البزل وتوسيع مكانه وتفجيره ، ومن المهم أن نعلم امكانية الوقوع في مثل هذا الخطأ عند وضع التشخيص التفريقي لخراج رتج دوغلاس وتقيح البوق ، إذ يصعب التفريق بينهما عند اجراء المس لذلك يفضل كي لانقع في هذا الخطأ اجراء البزل فقط ٠

أما اذا كان تقيح البوق أو تقيح المبيض في المرحلة الحادة فيمنع البزل منعا باتاً ٠

٣ ـ معالجة المرحلة المزمنة :

تقوم المعالجة في هذه المرحلة على تطبيق الحرارة المتدرجة بهدف احداث فرط تروية وبالتالي حدوث الارتشاف وتصغير حجم الكتلة المتشكلة في الملحقات، مما يؤدي بالضرورة الى خفة الألم الذي تشعر به المريضة٠ يستعمل في تحقيق هذا الهدف الكمادات الدافئة أولا ثم تتدرج شيئاً فشيئاً لاستعمال الكمادات الساخنة ، (يمكن البدء باستعمال الاشعة بالامواج القصيرة) أما إذا ارتفعت الحرارة وازداد الألم خلال فترة تطبيق هذه المعالجة فيتوجب عندئذ تركها والعودة بسرعة الى تطبيق الكمادات الرطبة الباردة ، لذلك تعتبر المعالجة بالحمامات الساخنة أو المعالجة المؤدية الى الارتشاف Resosptionstherapie من مضادات الاستطباب في المرحلتين الحادة وتحت الحادة وكذلك في التهاب الملحقات السلي ٠ تعتبر معالجة المرحلة المزمنة لالتهاب الملحقات بالصادات أو مركبات السلفاميد معالجة فاشلة ، اذ أن جدار المبيض المتقيح أو جدار البوق المتقيح يحتوي على نسيج ضام كثيف تنعدم التروية فيه ، مما يؤدي الى عدم تمكن المواد الكيماوية من الوصول الى منطقة الآفة ٠

استطبابات المعالجة الجراحية :

يعتبر فشل المعالجة المحافظة في التهاب الملحقات السبب الرئيسي في اللجوء الى المعالجة الجراحية ، فاذا لاحظنا في حالة ما عولجت المعالجة الكافية

فترة طويلة وتشكل رغم ذلك ورم كبير الحجم أو متوسطة في الملحقات ، أو أن حالة التهاب الملحقات من النوع النـاكس بحيث لاتكاد العلامـات المجسوسة تشفى وتخف الا لتعود مرة ثانية ، ففي مثل هذه الحالات يلجأ الى المعالجة الجراحية •

ان من الطبيعي قبل تطبيق المعالجة الجراحية انتظار زوال أو تراجع كافة الاعراض الحادة (مثل الترفع الحروري ، ازدياد تعداد الكريات البيض، ارتفاع سرعة التثفل) •

هذا ويجب اجراء العملية الجراحية عن طريق البطن بدون استثناء ، أما كون العمليـة عملية محافظـة Konservativ أو جذريـة Radikal فان ذلك يختلف من حالة الى أخرى . ولكن يجب أخذ سن المريضة وحجم الكتلة المتكونة بعين الاعتبار في تعيين ذلك • تعطينا عمليات استئصال الرحم والملحقات نتائج جيدة جدا ، ولكن لا يمكن اجراء مثل هذه العملية الا عند النساء المتقدمات في السن ، أما عند الشابات فيفضل أن تكون العملية محافظة ما أمكن للابقاء على الوظيفة الحملية أو الوظيفة الطمثية •

خراج رتج دوغلاس :

يتكون خراج رتج دوغلاس كنتيجةلالتهاب الملحقات القيحي أو للالتهاب القيحي لأحد الأعضاء المجاورة • والواقع أن القيح الذي يتجمع في رتـج دوغلاس ينجم بالدرجة الاولى عن آفات الملحقات مثل التهاب البوق ، انفجار بوق متقيح ، أو انفجار خراج المبيض ، كما يمكن أن ينشأ عن انفجار مجمع دموي متقيح Vereiterte Haematocele متوضع خلف الرحم (كما يحدث في الحمل البوقي) ، أو عن انفجار خراج حول الزائدة •

متى نفكر بوجود خراج رتج دوغلاس مرافقا لالتهاب الملحقـات ؟

نفكر بوجود خراج رتج دوغلاس مرافقا لالتهاب الملحقات في الحالات التـالية :

آ ــ عندما تتراجع الاعراض البريتوانية الحادة وتتحسن الحالةالعامه . بينما تبقى الحرارة مرتفعة رغم عودة النبض الى حالته الطبيعية •

ب ــ عند وجود اسهالات مخاطية اذ ترافق مثل هذه الاسهالات خراج رتج دوغلاس غالبا •

جـ ــ عند وجود شلل في المصرة الشرجية وشلل في المثانة، وهما عرضان يرافقان خراج رتج دوغلاس ولكنهما يزولان بعد افراغه •

د ــ في بدء تكون الخراج لا تكون حدوده واضحة ولكنه يتحدد شيئا فشيئا ويكون الشعور بانفصال حدوده عن جدار الحوض واضحا دائما اذا بلغ حجما أكبر مما يمكن أن يبلغه عادة ؛ وهذا يقودنا الى العلامة الواسمة وهي ان الاصبع الماسة تشعر بوجود كتلة لينة منفصلة عن جدار الحوض • أما اذا لم تتمكن من الشعور بذلك عن طريق المس المهبلي فنلجأ الى المس الشرجي حيث نشعر بقطب الخراج السفلي المحدب والمتوضع بين الرباطين العجزيين الرحميين Sacro - Uterina :

هذا ويمكن تلخيص أعراض خراج رتج دوغلاس بالاعراض الثلاثة التالية :

١ ــ الورم العجيني أي وجود حس التموج في الرتج الخلفي •
٢ ــ احتمال الشعور بوجود حد فاصل بين الورم العجيني وجدار الحوض •
٣ ــ وجود كتلة لينة متوضعة بين الرباطين العجزيين الرحميين •

المعالجة :

هناك مبدآن أساسيان يتوجب مراعاتهما في هذه المعالجة :

١ ــ تعود معالجة خراج رتج دوغلاس الى المشفى وبدون استثناء •

٢ ـ يجب البدء ببزل رتج دوغلاس حتى اذا ما ظهر القيح وتأكدنا من وجود الخراج اعقبناه بالفتح •

هذا ويجري البزل على الشفة الخلفية لعنق الرحم على الخط المتوسط واسفل فوهة العنق بـ (١ سم) ، وليس فيه أي خطر يذكر اذا لم يجر البزل على أحد الجانبين واذا لم تدفع الابرة الى عمق أكثر من (٢ ـ ٣) سم • يتوجب فحص المادة المستخرجة جرثوميا وخلويا ، أما اذا لم يخرج شيء عند اجراء البزل فيرجع ذلك الى أحد ثلاثة أسباب :

١ ـ ان تكون الابرة خارج رتج دوغلاس (في الرحم أو في النسج الواقعة خلف البريتوان) •

٢ ـ ان تكون الابرة فعلا في رتج دوغلاس الا ان المادة الموجودة فيه على درجة من اللزوجة أدت الى انسداد الابرة أو ان المادة قاسية لايمكن للابرة ان تمصها •

٣ ـ ان يكون رتج دوغلاس فارغا •

يجب اجراء البزل في المشفى لان المريضة التي يراد بزلها يجب أن تكون مستعدة ومهيأة لفتح البطن اذا ما وجدنا ضرورة لذلك ، مثلا في الحالات التي يشخص فيها وجود مجمع دموي Haematocele في رتج دوغلاس يتوجب علينا عندئذ اجراء فتح البطن للاشتباه بحمل خارج الرحم • الا ان اجراء البزل يجب أن لا يُجرى الا بعد ظهور حس التموج بشكل واضح غير أن ذلك لاينطبق طبعا على حالة الحمل خارج الرحم •

هذا وفي حال خروج القيح عند البزل حيث يكون تشخيص خراج رتج دوغلاس أكيداً ،نلجأ عندئذ الى فتحه وتفجيره بوضع مفجر على شكل (T) مدة (٨ ـ ١٠) يوماً حيث تكون المادة القيحية قد نضبت عادة ، أما الفتحة المحدثة فسوف تندمل عفوياً •

ملاحظـة :

في الحالات التي لاتندمل فيها الفتحةعفوياً بعد عدةايام يكون الاحتمال كبيرا بأنها ليست خراج رتج دوغلاس، وانما هي بوق متقيح أو مبيض قيحي قد فتح ، وهذا ما سوف يعرض المرأة للاصابة بناسور يندر اندماله عفويا حتى بعد مرور فترة طويلة او أنه لاينذمل قطعا فنضطر عندئذ الى معالجته جراحيا ٠

الباب السابع

التهاب ما حول الرحم
أو
التهاب النسيج الضام الحوضي

PARAMETRITIS

BECKENBINDEGEWEBSENTZÜNDUNG

يعني مفهوم النسيج ما حول الرحم Parametrium من الناحية التشريحية بمعناه الضيق النواحي المجاورة لجانبي الرحم التي يقسمها الرباط العريض الى أمامية وخلفية ، حيث تحتوي داخلها على نسيج ضام وشحمي وعضلي وأوعية دموية وأعصاب وعلى الحالبين . اننا لا نعني بالتهاب ما حول الرحم التهاب هذا المحتوى فقط ، بل نعني به من الناحية العملية التهاب كافة النسج الضامة الكائنة في الحوض والتي تشكل وحدة كاملة في ذاتها .

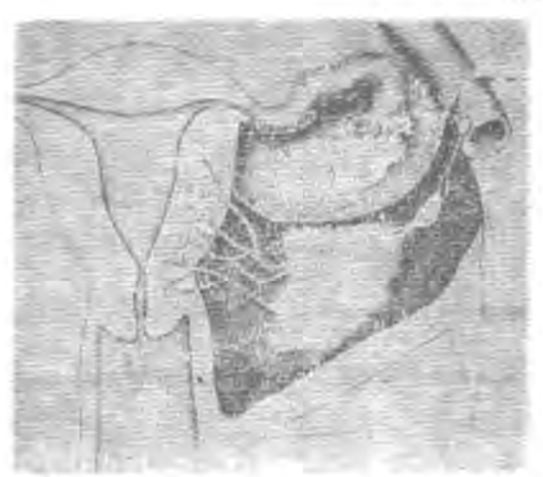
وبمعنى آخر فان التهاب ما حول الرحم لا يعني التهاب النسج الضامة المجاورة لجانبي الرحم فقط ، وانما يعني أيضا التهاب النسج التي تمتد في الامام حتى المثانة وفي الخلف حتى المستقيم وبذلك يمكن حسب هذا المعنى اجراء التقسيم التالي :

١ ــ التهاب ما حول الرحم الامامي ونعني به التهاب النسج الضامة الكائنة في القسم الامامي ، أي التي تمتد حتى قاع المثانة وجانبيها .

٢ ــ التهاب ما حول الرحم المتوسط ونعني به التهاب النسج الضامه الكائنه في القسم المتوسط ، أي النسج المجاورة لجانبي الرحم ، وهذا يعني التهاب ما حول الرحم بمعناه الضيق •

٣ ــ التهاب ما حول الرحم الخلفي ونعني به التهاب النسج الضامة الكائنة في القسم الخلفي ، أي النسج التي تحيط بالمستقيم بشكل يشبه الملعقة •

ملاحظة : يقع التهاب ما حول الرحم دائما خارج البريتوان Extraperitoneal بعكس التهاب الملحقات الذي يقع داخل البريتوان Intraperitoneal



الشكل (١١٨) ١ = التهاب الملحقات يقع داخل البريتوان
٢ = التهاب ما حول الرحم يقع خارج البريتوان

الاسباب الممرضة Aetiologie :

يعقب التهاب ما حول الرحم غالبا التهاب الرحم المترقي وأهم الاسباب المؤدية الى ذلك هي :

١ ــ الانتانات التي تحدث في عواقب الولادة وبخاصة الولادات المترافقة مع جروح العنق بالدرجة الاولى وجروح المهبل والفرج •

٢ ـ الانتانات التي تحدث في عواقب الاسقاطات وبخاصة المترافقة مع ترفع حروري (الاسقاطات الجنائية) وهنا أيضـا تلعب الجروح المرافقة دورا كبيرا وخاصة جروح العنق •

٣ ـ المداخلات غير العقيمة على المهبل ، والعنق ، وجسم الرحم ، مثلا في الحالات التي تطبق فيها أعواد اللامناريا (وقد أصبح استعمالها حاليا ضئيلا جدا) أو عند تطبيق التخثير الكهربائي على العنـق أو قناة العنـق •

ملاحظـة : يمكن لالتهاب الوريد الابيض أو الاوعية اللمفاوية ان تكون سببا في انتقال الانتان من الرحم الى الانسجة الحوضية •

الجراثيم المرضة : ان الجراثيم المرضة في التهاب ما حول الرحم هي المكورات العقدية والعنقودية ونادرا جدا المكورات البنية •

التهاب ما حول الرحم الحاد :

ويؤدي هذا الالتهاب الى :

١ ـ نتحـة Exudat وتكون اما خلوية مخاطية أو مخاطية مدماة •

٢ ـ فلغمون Phlegmone وهو عبارة عن ضخامة وذمية مع ارتشاح النسج الضامة ، ويمكن أن يؤدي تكون القيح أو نشوء الخراج الى انفتاحه اما على جوف البطن أو على أحد الاعضاء المجاورة •

يكمن خطر التهاب ما حول الرحم الحاد في انتقاله الى البريتوان •

التهاب ما حول الرحم المزمن :

يتميز التها بما حول الرحم المزمن بزوال الاعراض الالتهابية وتكون نسج ضامة جديدة ، تشكل ضخامة متعجّرة قاسية ، تؤدي الى دفع الرحم في الدرجة الاولى نحو الامام أو نحو أحد الجانبين •

التشخيص : يعتبر التهاب ما حول الرحم من الحالات المرضية الشديدة ويتظاهر بكافة أعراض الالتهابات الحادة مثل الترفع الحروري ، القشعريرة ، سوء الحالة العامة ، ازدياد سرعة تثفل الدم وغير ذلك ، ويرافق هذه الاعراض ألم في الناحية الخثلية يمتد نحو الخاصرة أو نحو الفخذ • والواقع أنه في حالة وجود هذه الاعراض المذكورة لا يمكن التأكد من كونها ناجمة عن التهاب ما حول الرحم الا بعد اجراء المس المهبلي أو المس الشرجي ،

لذا يعتبر اجراء المس المهبلي والشرجي كاف لتشخيص التهاب ما حول الرحم •

في حال تكون النتحة المرافقة لالتهاب ما حول الرحم فان حجمها قد يزداد لدرجة يمكنها أن تؤدي الى دفع الرحم الى الجانب السليم بينما يشعر بالجانب المصاب بالمس على شكل ورم عجيني مؤلم ، ويفضل المس المهبلي إذ يمكن عن طريقه التوصل الى نتائج أوضح من نتائج المس الشرجي • قد يؤدي التهاب ما حول الرحم الى تكون خراج يشعر به بالمس المهبلي أو الشرجي كما يشعر بحس التموج Fluktation أيضا عند تكونه •

المعالجـــة :

آ ـ معالجة التهاب ما حول الرحم الحاد :

تستهدف هذه المعالجة منع تحول النسج الملتهبة تحولا قيحياً ، ويفضل اجراؤها في المشفى وذلك بجعل المريضة في راحة مطلقة ، مع حمية سائلة ؛ وتطبيق كيس جليد على الناحية المصابة، واعطاء الصادات الحيوية حتى هبوط الحرارة ؛ ويستغرق ذلك عادة (٥ ــ ٧) أيام ، أما اذا لم تهبط الحرارة رغم هذه المعالجة توجب علينا عندئذ التفكير باحتمال تكون الخراج •

يوصي بالاقلال ما أمكن من اجراء المس المهبلي أو الشرجي الا إذا كان هناك احتمال بتكون الخراج ، إذ يتوجب علينا عندئذ الاكثار من اجراء هذا المس لكي لا يفوتنا الزمن المناسب لفتحه •

هدا ويمنع منعاً باتاً تطبيق المعالجة المؤدية للارتشاف مثل نطبيق المعالجة بالامواج القصار بعد هبوط الحرارة مباشرة ، خشية عودة الحالة الالتهابية الحادة من جديد ، إذ يجب الانتظار لتطبيقها الى ما بعد هبوط الحرارة مدة (٢ ـ ٣) أسابيع •

ب ـ معالجة خراج ما حول الرحم :

تجري هذه المعالجة في المشفى فقط على أن تراعي الشروط التالية :

١ ـ يمنع فتح الخراج منعاً باتاً اذا كانت هناك حرارة مرافقة بل ينتظر حتى هبوطها والشعور بحس التموج بشكل واضح ، عند ذلك فقط يكون الخراج ناضجاً ومحددا ومهيأ للفتح •

٢ ـ يفتح الخراج في النقطة التي يكون فيها الشعور بحس التموج على أوضح ما يكون •

٣ ـ يجب البدء ببزل تلك النقطة المحددة فاذا ظهر القيح نجري الفتح عندها ، كما يشترط أن تكون الفتحة واسعة لكي لا تنسد وأن يوضع فيها مفجر يثبت بقطبة أو ما شابهها ، هذا وكثيرا ما يلاحظ انفتاح الخراج عفوياً على المستقيم غالباً وعلى المثانة نادرا •

ج ـ معالجة التهاب ما حول الرحم المزمن :

تقوم هذه المعالجة على المعالجة الحرارية مثل تطبيق الحرارة النافذة Diathermie وتطبيق الامواج القصار ، وعلينا أن نوضح للمريضة أن هذه المعالجة تستغرق زمناً طويلا لكي تشعر بنتائجها •

الوقاية من التهاب ما حول الرحم :

آ ـ العناية أثناء الولادة وذلك باجرائها حسب التعليمات الفنية ، كما يجب الاهتمام بالجروح المرافقة للولادة أو الخزع المجرى أثناءها وخياطتها بشكل فني ومراقبتها خوفاً من التهابها •

ب ـ الانتباه والحذر أثناء تجريف الرحم ، وذلك بعدم الجر الشديد على شفة العنق خشية احداث تمزقات قد تكون سبباً في نفوذ الجراثيم ، كما يحذر من التوسيع السريع لعنق الرحم خوفاً من تمزقه ، ومن اجراء التجريف الشديد والسريع ، هذا وكلما كانت المجرفة المستعملة كبيرة كلما كان ذلك صحيحاً ، كما يتوجب اجراء المس المهبلي قبل البدء بعملية التجريف لمعرفة حجم ووضع الرحم كيلا تتعرض المريضة الى انثقاب الرحم .



الضائعات التناسلية

FLUOR GENITALIS

نعني بالضائعات التناسلية كافة السيلانات الخارجة من الاعضاء التناسلية عند المرأة والتي تنجم عن زيادة مفرزات هذه الاعضاء ، وتعتبر الضائعات العرض الاكثر مصادفة بالنسبة للطبيب النسائي ، إلا أنها لا تمثل مرضاً معيناً بل هي عرض هام لكثير من الآفات النسائية ، وتقسم الضائعات حسب منشئها الى :

١ ـ الضائعات البوقية : Tubarer Fluor :

قد لا يصادف الطبيب النسائي خلال سنين طويلة من عمله حالة واحدة من الحالات المترافقة بالضائعات البوقية ، الا أن هناك علامتين نادرتين توجهان الطبيب من الناحية السريرية الى تشخيص هذه الضائعات :

١ ـ الضائعات ذات اللون الاصفر الكهرماني التي يفترض أنها عرض لسرطان البوق .

٢ ـ الضائعات ذات اللون الاصفر التي تشعر المرأة باتقذافها فجأة الى المهبل ، وهي ضائعات ناجمة عما يدعى بسيلان البوق المائي Hydrops tubae profluens ، وهو نادر الحدوث الا أنه يمكن كشفه وتشخيصه استنادا الى صفتين مميزتين هما :

آ ـ اذا ضغطنا على ناحية البوق المصاب بالاستسقاء نشاهد خروج سائل (قيح أو مفرزات مدماة) من فوهة عنق الرحم •

ب ـ تشكو المريضة من خروج سائل من المهبل اذا انحنت أو اذا قامت بجهد يؤدي الى انضغاط بطنها •

٢ ـ ضائعات جسم الرحم : Korporealer Fluor :

تنجم ضائعات جسم الرحم عن آفات بسيطة مثل مرجلات جسم الرحم Polyp ، أو عن آفات شديدة مثل سرطان جسم الرحم Korpuskarzinom ، الا أن المرجلات تلعب الدور الرئيسي في احداث هذه الضائعات • تكون ضائعات جسم الرحم مصلية أو قيحية أو دموية وقد تكون أيضاً قيحية مدماة عندما تنشأ عن آفة سرطانية ، لذلك فان الحالات التي تكون فيها الضائعات قيحية مدماة عند نساء مسنات ، ومنطلقة من القسم العلوي للاعضاء التناسلية هي دائماً حالات مشتبه بها في كونها آفات سرطانية ، كذلك وفي نفس الوقت يمكن للضائعات الناجمة عن آفات سرطانية أن تكون وردية أو بلون غسالة اللحم • والواقع أن الضائعات الناجمة عن آفات سرطانية لا تكون وصفية دائماً كما ذكرنا ، أي لا يشترط أن تكون مدماة ، ويلاحظ ذلك بشكل خاص في بداية الآفات السرطانية ، حيث تكون هذه الضائعات قيحية فقط (غير مدماة) وقد مر معنا ذلك في بحث سرطانات جسم الرحم • يلعب تقيح الرحم Pyometra دوراً كبيراً في وضع التشخيص ، إذ أثبتت الاحصائيات أن ٦٠٪ من حالات تقيح الرحم تعود الى سرطانات جسم الرحم• قد ينجم تقيح الرحم أيضا عن موانع الحمل الميكانيكية الموضوعة داخل جسم الرحم Intrauterinpessare ، كما ان الضائعات القيحية المدماة التي تصادف عادة في سرطانات جسم الرحم ، يمكن أن تصادف أيضاً في حالات التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، وفي أورام الرحم العضلية الكائنة تحت الغشاء المخاطي Submukoeses Myom ، وفي مرجلات جسم الرحم Polyp وبخاصة اذا أصيبت هذه الاورام والمرجلات بالالتهاب والتفتت •

تشخيص ضائعات جسم الرحم :

ان تشخيص ضائعات جسم الرحم ليس بالأمـر السـهل ، إذ يراها الفاحص عندما تخرج من الفوهة الظاهرة لعنق الرحم ، لكنه لا يمكن أن يعرف هل هذه الضائعات تعود الى جسم الرحم أم الى عنق الرحم • إن قصة المريضة وسنها ومنظر الضائعات وتنيجة فحص الرحم بالمس المهبلي وفشل المعالجة على أساس أنها ضائعات عنق الرحم ، كل ذلك يرجح أنها تعود الى جسم الرحم • هذا وللوصول الى التشخيص الحقيقي عن أسباب هذه الضائعات يتوجب اجراء التجريف المجزأ وفحص المادة المجرفة نسجياً •

٣ ـ ضائعات عنق الرحم (Zervikaler Flour (Fluor of the cervix :

تعتبر حالات التهاب الغشاء المخاطي لباطن عنق الرحم بالمكورات البنية، والتبدلات النسجية السليمة والخبيثة الواقعة على السطح الخارجي للعنق Portio ، من أكثر وأهم الاسباب المؤدية الى حدوث الضائعات التناسلية عموماً •

الاســـباب :

تعزى أسباب التهاب الغشاء المخاطي لباطن العنق (الذي يدعى أيضاً بالالتهاب النزلي للعنق) Zrevixkatarrh المترافق بالضائعات التناسلية القيحية الى المكورات البنية ، أما الاسباب الاخرى المؤدية لهذا الالتهاب فانها لا تلعب إلا دوراً ضئيلا • لذا يجب أن نعلم جيداً أن الالتهابات البنية لم يقض عليها كما يظن بل لا تزال موجودة وسنرى ذلك مفصلا في بحث داء السيلان •

يطلق مفهوم ضائعات عنق الرحم على كافة الضائعات العائدة للعنق ، بما فيها الضائعات الناجمة أيضا عـن مرجلات العنـق Zervixpolypen وتسحجات الشتر Lazerationsektropium أي تسحجات الغشاء المخاطي لباطن العنق الهاجر ، وسرطانات العنق بمختلف أشكالها •

من المعروف أنه عند أغلب النساء اللواتي هن في سن النشاط التناسلي : ينمو الغشاء المخاطي لباطن العنق أي النسيج الابتليالي الاسطواني باتجاه الفوهة الظاهرة ليحيط بها ، ثم لا يلبث هــذا القسم الممتد عبر حدوده الطبيعية أن يستر كله أو جزء منه بطبقة من النسيج الابتليالي المسطح ، وتعتبر هذه الظاهرة عملاً غريزياً • قد يتعدى النسيج الابتليالي الاسطواني في بعض الحالات الحدود التي يمكن أن يفرشها عادة حول الفوهة الظاهرة ، أو أن النسيج الابتليالي المسطح لن يستطيع أن يسترها كلها ، وهذا ما سوف يؤدي الى زيادة المفرزات القلوية التفاعل الآتية من الغشاء المخاطي لباطن العنق ومن القسم الممتد منه عن مقاديرها العادية • كما يمكن أن تزداد هذه المفرزات أيضاً حتى في الحالات التي يبقى فيها النسيج الابتليالي الاسطواني حول الفوهة الظاهرة بحدوده الطبيعية ، وان زيادة هذه المفرزات سوف تؤدي بالتالي الى تغيير حموضة الوسط المهبلي نتيجة الى أحد سببين :

آ ــ ان مفرزات العنق ذات تفاعل قلوي •

ب ــ ان زيادة المفرزات تؤدي الى زيادة سوائل المهبل وبالتالي الى نقص كثافتها ، مما ينجم عنه نقص في حموضتها أو انعدام هذه الحموضة ،

لذلك تعتبر زيــادة مفرزات الغشــاء المخاطي لباطن العنق السبب الغالب في الالتهابات المهبليــة •

لا يمكن في الفحص النسائي بالعين المجردة رؤية النسيج الابتليالي الاسطواني الساتر للسطح الظاهر من عنق الرحم والمحيط بفوهته الظاهرة ، كما لا يمكن التأكد من أن هذا النسيج قد ستر بطبقة من النسيج الابتليالي المسطح أم لا ، إذ أن ما يظهر للعين المجردة عبارة عن بقعة حمراء **Roter Fleck** حلقية غالباً تحيط بالفوهة الظاهرة لعنق الرحم • ان من المهم أن نعلم أنه يمكن لهذه البقعة الحمراء أن تخفي وراءها حالة عادية من حالات التهاب سرطان العنق مثل حالات سرطان العنق السطحي **Oberflaechenkarzinom**

أي السرطان في المكان Carcinoma in Situ ، أو بداية مرحلة سرطان العنق من الدرجة الاولى مترافقة بأعراض سريرية خفيفة • لهذا كلـه يجب أن لا نكتفي بالفحص بالعين المجردة في الحالات التي توجد فيها هذه البقعة الحمراء بل يجب اجراء تنظير المهبل المكبر Kolposkopie ، حيث يمكننا بسرعة معرفة ما اذا كانت البقعة الحمراء تتألف من نسيج ابتليالي اسطواني يستره نسيج ابتليالي مسطح ، وكشف التبدلات الخلوية ان وجدت فيها • والواقع أن الفحص النسائي الكامل بصرف النظر عن تنظير المهبل المكبر يتطلب اجراء الفحوص الخلوية Zytologie لكشف الحالات المبكرة من حالات سرطان ظاهر أو باطن العنق •

ازدياد مفرزات الغشاء المخاطي لباطن العنق النفسي المنشأ :
Dysfunktioneller Zervikaler Fluor = Die sog.
Psychogen bedingte Hypersekretion der Zervixschleimhaut
Dysfunctions of the Fluor of the cervix.

يعني ذلك ازدياد مفرزات العنق ذات الكثافة الخفيفة (المائية) التي تحدث خارج فترة الاباضة دون وجود حالة مرضية موضعية • يعزى سبب هذه الضائعات الى الاضطرابات النفسية ، أو الاجهاد ، أو قصور المبيض الوظيفي • لقد اختلف في تسميتها إذ يسميها البعض الضائعات النفسية ، ويسميها البعض الآخر الضائعات العصبية ، كما يسميها غيرهم الضائعات الناجمة عن اضطرابات مقوية الاوعية الدموية Vasomotoricher Fluor .

من المفروض أن أسباب هذه الضائعات الناجمة عن ازدياد عمل غدد العنق (النشاط المخاطي لباطن العنق) ، تعود الى اضطرابات شديدة في الاجهزة المنظمة لعمل هذه الغدد Zentralnervensystem وهي الجهاز العصبي النبـاتي Vegetativen Nervensystem والجهاز الهرموني Hormonalen System ، تلك الاجهزة التي تنظم كافة وظائف الجهاز التناسلي بما فيها مفرزات العنق ، حيث تنظم كميتها وشغوفيتها وقوامها Viskositaet لذا فليس من الصعب التصور أن أي اضطراب يصيب أحد هذه الاجهزة

سوف يؤدي الى اضطراب في افراز غدد العنق وبالتالي الى حدوث هـذه الضائعات •

الضائعات المهبليـة : (Vaginaler Fluor (Fluor of the vagina :

تنجم الضائعات المهبلية بالتدرج عن الاسباب التاليـة :
الاتنان : التغير الكيمياوي للوسـط المهبلي ، الاجسام الاجنبيـة ، الحرقص ، العوامل الداخلية (مثل الداء السكري) ، السرطانات •

التشخيص : يعتمد التشخيص عـلى : الفحص بالتـأمل ، فحص اللطاخة خلوياً ، تنظير المهبل المكبر ، تحري العوامل الممرضة •

العوامل الممرضـة :

نميز من هذه العوامل الدويبات المشعرة المهبلية Tricomonas vaginalis الفلورا المهبلية المختلطة Mischflora وبشكل خاص المختلطة مع المكورات العنقودية بالدرجة الاولى Staphylokokken ، والمقيحات الزرق Bacterium pyocianeum ، والايهشه رشيات الكولونية Escherchia coli كما نميز أيضاً الفطور وخاصـة البيضية البيضـاء Candida albicans وبيضيـة كروزي أيضاً Candida krusi • لقد اكتشفت حديثا عوامل مسرضة أخرى هي جراثيم من زمرة الجراثيم المحبة للدم Haemophilusgruppe أو ما يسمى بالجراثيم المهبلية المحبة للدم Tricomonas vaginalis التي تكون سبباً في تعند الضائعات على الشفاء في بعض الحالات ، ويمكن كشف هذه الجراثيم بالتلوين بطريقة بابانيكولاو Papanicolaou أو ببعض الطرق الاخرى •

الحرقـص : يصادف غالباً عند البنات الصغيرات •

الاجسام الاجنبيـة : تصادف عند اليافعات رغم اثبات سلامة غشاء البكارة بالعين المجردة ، ولا يمكن كشف وجود هذه الاجسام الا بالتصوير الشـعاعي •

سرطانات المهبل : تصادف بالدرجه الاولى عند المسنات حيث تكون الضائعات عندهن ما بين البنية والقيحية المدماة ، وعلينا أن لا ننسى أن هذه الضائعات قد تكون من مصدر سرطاني آخر مثل سرطان العنق ، أو سرطان جسم الرحم . هذا وفي أغلب الحالات تعود أسباب الضائعات عند النساء اللواتي هن في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث Postmenopause الى التهاب المهبل الشيخي Kolpitis senilis .

ضائعات الفرج : (Fluor von der vulva (Fluor of the vulva :

تحدث الضائعات الغزيرة الآتية من القسم العلوي للاعضاء التناسلية رطوبة شديدة في الفرج ، مما يؤدي الى تأثر جلده وتقرحه والتهابه وتعطنه ، وأخيرا الى تكون أكزمة رطبة Naessende Ekzem مستورة بطبقة رقيقة من النسيج الابتليالي المسطح . يلتهب الفرج بشكل خاص في أغلب حالات التهاب المهبل الفطري ، كما تنجم أغلب حالات ضائعات الفرج أيضا عن أكزما ما حول الاعضاء التناسلية المرافقة للداء السكري أو المرافقة للاوراء القنبيطية Feigwarzen = Candiloma acuminata أو حالات جفاف الفرج . Kraurosis Vulvae

معالجة الضائعات :

معالجة ضائعات جسم الرحم :

تعالج ضائعات جسم الرحم معالجة سببية ، أما امتلاء الرحم المصلي Serometra أو امتلاء الرحم القيحي أي تقيح الرحم Pyometra فتعالج بافراغ المحتوى ، وفي تقيح الرحم يغسل الرحم بعد تطبيق قثطرة خاصة (وقد رأينا ذلك) ثم يجرف بحذر شديد .

هذا وقد يؤدي استعمال مانعات الحمل الآلية القديمة داخل جسم الرحم الى التهاب شديد ، يترافق أحيانا بتكاثر خلوي شاذ ناجم عن تأثير تخريشي يسببه المانع الآلي الذي يعتبر جسماً أجنبياً مخرشاً . لذا يتوجب عند حدوث هذا النوع من الالتهاب رفع المانع مباشرة ، واجراء تجريف الرحم

إلا أنه قد اختلف في توقيت عمله ، فمنهم من يجرف الرحم مباشرة بعد رفع المانع مع تطبيق الصادات ، ومنهم من يجري هذا التجريف بعد الطمث الذي يلي رفع المانع • أما معالجة التهاب باطن الرحم المزمن المترافق بالضائعات القيحية أو القيحية المدماة فقد مرت معنا سابقاً ، وفي حال وجود الضائعات منذ فترة طويلة يمكن الوصول الى نتائج سريعة عند المعالجة بتجريف الرحم مباشرة قبل اجراء المعالجة الدوائية ، هذا وتختم المعالجة في كافة الحالات المارة الذكر بتطبيق المعالجة الهرمونية بالاوستراديول •

معالجة ضائعـات العنـق :

تقتضي معالجة ضائعات العنق الناجمة عن الالتهاب المزمن للغشاء المخاطي لباطن العنق فترة طويلة اذا لم يكن هذا الالتهاب بني المنشأ ، غير أن الالتهابات البنية للغشاء المخاطي لباطن العنق لا تزال حتى يومنا هذا تشكل أعلى نسبة فيها ، لذا يجب التفكير بها بالدرجة الاولى عند وجود هـذه الالتهابات • والواقع أن هنالـك صعوبة في تشخيص الالتهاب البني في الحالات غير الحادة ، كما أن النتائج السلبية للفحص لا تنفي وجود الالتهاب البني • من المهم أن نعلم أن التهاب العنق البني المزمن لن يؤدي في أغلب الاحيان الى حدوث الضائعات القيحية بل الى ضائعات زجاجية (تشـبه لون الزجاج من حيث الصفاء) أو مصلية ، وقد أثبتت التجربة والمراقبة السريرية لكافة ضائعات عنق الرحم وجود الاحتمال في منشئها البني ، هذا وسنرى معالجة الالتهابات البنية بشكل مفصل • تعالج الضائعات غير البنية المنشأ بكي العنق بمادة الالبوتيل Albothylaetzung وما يشبهه من المواد ، فاذا لم تؤد هذه المعالجة الى الشفاء يعمد الى كي العنق (غدد العنق) بطريقة التخثير الكهربـائي (Elektrokoagulation) . • أما اذا كانـت الضائعات ناجمة عن القسم المهبلي للعنق، والتي هي عبارة عن زيادة في المفرزات المتكونة من النسيج الابتليالي الاسطواني الهاجر من باطن العنق والمتوضع على سطحه حول الفوهة الظاهرة والذي لم يستر بالنسيج الابتليالي المسطح ، فتقوم المعالجة على ستر النسيج الابتليالي الاسطواني المكشوف بالنسيج

الابتلیالي المســطح ، ويتحقق ذلك بســهولة بطريقة الكي بالالبوتيل أو بالتخثير الكهربائي . هذا وفي حالة الاشتباه أثناء الفحص الخلوي أو الفحص بمنظار المهبل المكبر بوجود خلايا شاذة ، يتوجب عندئذ أخذ خزعة من العنق من المنطقة المشتبه بها وفحصها نسجياً خوفاً من وجود ورم خبيث . أما معالجة الضائعات الناجمة عــن تمزق ايميت للعنــق Emmetsche Risse (Ruptur) فتقوم على المعالجة الجراحية كمــا ذكرنا سابقاً . كما تقوم معالجة الضائعات الوظيفية المنشأ (أي الناجمة عن الاضطرابات الوظيفية) على تغيير الوسط ، أو الراحة الجسمية والنفسية ، والسباحة ، والحمامات بالمياه المعدنية Solbaeder ، والتدليك تحت الماء ، والنوم بشكل كاف ، واعطاء المهدئات وفيتامين ــ ث ــ C .

وتعتبر الحمامات بالميــاه المعدنية مــن أهــم الطرق المستعملة في ضائعات العنق الوظيفية .

ومما تجدر ملاحظته هو أن ضائعات العنق تنجم غالبا عن نقــص الاوستروجين ، لذا ينصح باعطاء مقادير بسيطة من الاوستروجين خارج فترة الطمث مما سوف يؤدي الى إثارة تنمي الغشاء المخاطي لباطن العنق والمهبل ، كما يمكن أن يؤثر أيضاً على الغشاء المخاطي لباطن الرحم .

معالجة الضائعــات المهبلية :

يجب ملاحظة الفوهة الظاهرة لعنق الرحم في كل حالة من حالات التهاب المهبل لمعرفة ازدياد مفرزات العنق أو تقيحها أو وجود بقعة حمراء حول هذه الفوهة ، حيث يكون التهاب المهبل في مثل هذه الحالات حالة مرافقة تشفى عند شفاء آفة العنق . أما في حالات التهاب المهبل الخاص (التهاب المهبل فقط)، فالمعالجة تتجه الى السبب المؤدي الى هذا الالتهاب المحدث للضائعات، وقد وجد من بين هذه الاسباب الانتانات ، المؤثرات الكيمياوية ، الدويبات المشعرة والفطور البيضية البيضاء .

معالجة التهاب المهبل بالدويبات المشعرة والفطور :

تقوم هذه المعالجة على المعالجة السببية وقد مر معنا ذلك مفصلا •

معالجة التهاب المهبل بالفلورا المهبلية المختلطة :

يترافق التهاب المهبل بالفلورا المهبلية المختلطة مع الالتهابات المهبلية الناجمة عن الدويبات المشعرة والفطور البيضية البيضاء، وعند معالجة هذين السببين الاخيرين فان الفلورا المختلطة تزول عفوياً •

معالجة التهاب المهبل بالجراثيم المحبة للدم :

يعالج هذا الالتهاب بمركبات التتراسكلين إذ أن الجراثيم المحبة للدم تتأثر به بشدة •

معالجة الضائعات الفرجية :

تكون المعالجة سببية أيضا كما في معالجة الضائعات التناسلية الاخرى •

الداء السـكري :

يجب معايرة سكر الدم ثم تطبيق المعالجة اللازمة ويعـود ذلك الى الطـب الداخلي •

الفطـور :

تعالج التهابات الفرج الفطرية المنشأ المؤدية للضائعات معالجة نوعية كما ذكرنا سابقاً •

الاورام القنبيطية الفرجيـة :

تقوم المعالجة على إزالة هذه الاورام بالمشرط الكهربائي •

اللطخـة البيضاء وجفاف الفـرج : Leukoplakie und kraurosis :

تقوم المعالجة فيها على المعالجة الهرمونية •

ملاحظـــة :

يحذر في معالجة الضائعات الفرجية من استعمال الماء بكثرة لتنظيف الفرج (يسمح مرتين يومياً فقط مع استعمال صابون خفيف التخريش) كما توصى المرأة بتغيير ثيابها الداخلية مرتين يومياً •

الباب التاسع

داء السيلان او التعقيبة

GONORRHOE

الجراثيم الممرضة :

المكورات البنية **Gonokokkus** وهي الجراثيم الممرضة في داء السيلان ، وهي مكورات مزدوجة Diplokokkus تنتسب الى مجموعة المكورات التي لا تأخذ غرام (غرام سلبي) ، وهي من النايسريات Neisseria كشفها نايسر **Neisser** عام ١٨٧٩ . تعتبر المكورات البنية من جراثيم الغشاء المخاطي السطحية حيث تنمو وتتكاثر على سطحه وتخربه .

أما بالنسبة للنسيج الابتليالي المسطح Plattenepithel فهو لا يسمح عادة بتعشيش الجراثيم عليه ، ولكن يستثنى من ذلك الفرج والمهبل عند الاطفال وعند الحوامل نتيجة لليونة الجلد وشدة رطوبته ، وكذلك عند النساء المسنات نتيجة لضموره ورقته .

العدوى :

تكاد لا تحدث العدوى في داء السيلان الا عن طريق الجماع ، ولكن يحتمل انتقالها بطرق أخرى كالفحص النسائي ، مثلا اذا كانت أصابع الفاحص أو منظار المهبل ملوثة ، أو عند استعمال الفراش أو الثياب الداخلية أو المناشف أو بعض أدوات الحمام لأمرأة مصابة .

أشـــكاله :

يقسم داء السيلان الى شـــكلين :

الشكل الاول : داء السيلان السفلي •

الشكل الثاني : داء السيلان العلوي •

وتعتبر الفوهة الباطنة لعنق الرحم الحد الفاصل بين هذين الشكلين المذكورين •

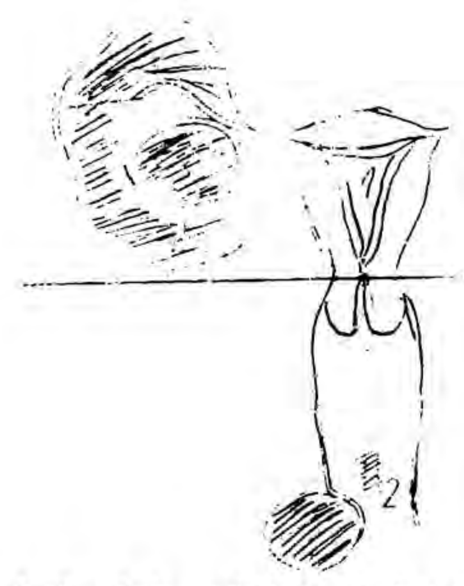
داء السيلان الســفلي : Untere Conorrhoe :



الشكل (١١٩) المكـورات البنيـة

يقصد بداء السيلان السفلي اصابة الفرج ، غدة بارتولان ، صماخ البول ، المستقيم ، المهبل ، قناة عنق الرحم •

والواقع أن ما يجب معرفته في هذا الموضوع هو أن اصابة الفرج والمهبل بالالتهاب البني أمــر يكاد يكون معدوماً ، عدا البنات الصغيرات والحوامل والنساء المسنات فهن معرضات للاصابة بالتهاب الفرج والتهاب المهبل البني • يعتبر صماخ البول والمستقيم مركزين مهمين بالنسبة لتشخيص هذا الالتهاب إذ يشكلان المكان الرئيسي الذي تؤخذ منه المفرزات للفحص • هذا وقد يؤدي التهاب صماخ البول أحياناً الى حدوث حرقة أثناء البول ؛ أما التهاب المستقيم فقد لا يحدث أي ازعاج عند المريضة الا أنــه قد يؤدي



الشكل (١٢٠) داء السيلان العلوي وداء السيلان السفلي

أحياناً الى خروج القيح مع البراز . أما التهاب غدة بارتولان فسنراه بشكل مفصل . يعتبر التهاب العنق الأمر الرئيسي في داء السيلان السفلي ،

أي أن أهمية داء السيلان السفلي تتجلى باصابة العنق أي بسيلان العنق Zervixgonorrhoe ،

وذلك نتيجة لسببين هامين يجب أن لا يغربا عن ذهن الطبيب النسائي :

السبب الاول : هو أن الغشاء المخاطي لباطن العنق مكان تتجمع فيه المكورات البنية .

السبب الثاني : كون العنق الحد والحاجز الذي يخشى في حالة اجتيازه من وصول المكورات البنية الى الغشاء المخاطي لباطن الرحم والبوقين .

لذا فان هدف معالجة داء السيلان السفلي هو منع تعشيش المكورات البنية حذاء هذا الحاجز . يحدث التعشيش في أغلب الاحيان نتيجة لتوضع هذه الجراثيم على السطح الظاهر لعنق الرحم قرب الفوهة الظاهرة أو في الرتج الخلفي للمهبل ، مختلطة مع الحيوانات المنوية ، وقد يبقى المهبل فترة طويلة دون أن تعشش فيه المكورات البنية ، إلا أن المشاهدات السريرية دلت على امكانية حدوث هذا التعشيش بعد مدة قد تطول أو تقصر ، وتزداد هذه الامكانية كلما كان توضع الجراثيم قريباً من فوهة العنق نظراً لوجود مفرزاته القلوية التفاعل هناك . هذا وفي حال اجتياح المكورات البنية للغشاء المخاطي لباطن العنق فانها لن تكتفي بالتعشيش على سطحه ، بل ستنتقل الى أقنية الغدد وبالتالي الى ما تحت النسيج الابتليالي الغدي حيث تكون ما يسمى بأعشاش المكورات البنية ما تحت النسيج الابتليالي Subepitheliale Gonokokkennester ، وبذلك يصبح عنق الرحم عبارة عن مخزن للمكورات البنية يصعب اخراجها منه ، لذا فانها تهدد في كل لحظة باجتياح الغشاء المخاطي لباطن الرحم والبوقين ، وهذا ما جعل التهاب العنق البني الأهم في داء السيلان السفلي . يصاب الغشاء المخاطي للعنق عادة بنسبة ٩٠٪ من حوادث الالتهابات البنية عموماً .

الاعـــراض :

تنشأ من اختلاط النتحة الشـديدة الناجمة عـن النسيج الابتليالي الاسطواني ، مع كمية كبيرة من الكريات البيض ، ضائعات صفراء أو صفراء مخضرة لا ينضب سيلانها ، إذ قد تستمر أسابيع طويلة اذا لم تعالج . ويمكن لهذه الضائعات أن تتحول الى ضائعات مخاطية زجاجية اللون (شفافة) إلا أن ذلك لا يعني حدوث الشفاء ، إذ قد يحدث هذا التحول رغم وجود كميات كبيرة من المكورات البنية في الاعشاش الكائنة ما تحت النسيج الابتليالي الغدي والتي تستطيع الانطلاق في كل لحظة .

نستنتج من هذا كله أن لون الضائعات يجب أن لا يجعلنا نؤكد أو

ننفي منشأها البني ، لذا يتوجب في كل فحص نسائي أخذ لطاخة من صماخ البول وأخرى من العنق وفحصها مجهرياً • هذا وتعتبر الضائعات العرض الوحيد لالتهاب العنق البني ، حيث لا تشكو المريضة من أي ألم أو شعور بالانزعاج رغم شدة الاصابة عندها ، ولكن قد تشكو أحيانا من حرقة في البول • والواقع أن العرض الوحيد المذكور يعتبر قليل الفائدة من الناحية العملية ، إذ أن أغلب هؤلاء النسوة يشكين من ضائعات سابقة قبل اصابتهن البنية • من هذا كله نخلص الى القول بأن داء السيلان السفلي هو مرحلة فقيرة بالاعراض ، وهذا ما يجب أن يدفع الطبيب الى بذل الجهد للوصول الى التشخيص الصحيح ، أما الانذار فيعتبر حسناً طالما أن المكورات البنية لم تجتز عنق الرحم بعد •

داء السيلان العلوي أو داء السيلان الصاعد :

Die obere Conorrhoe = Die aszendierte Gonorrhoe

يعتبر مضيق الرحم (البرزخ) الحدود العلوية لداء السيلان السفلي التي يجب أن تجتازها المكورات البنية لتصل الى الغشاء المخاطي لباطن الرحم والبوقين (الطريق الصاعد) • عند ذلك تتشكل لدينا صورة مرضية جديدة ، تختلف عن الصورة السابقة لداء السيلان السفلي بكثرة أعراضها وشدتها •

الانـــذار :

يعتبر الانذار حسناً في داء السيلان السفلي كما ذكرنا حيث تشفى الاصابة سريعاً اذا عولجت معالجة صحيحة ، أما اذا اجتازت المكورات البنية مضيق الرحم فالانذار يصبح سيئاً ، لتعرض المريضة الى خطر شديد أقله تعطيل وظيفة الحمل عند المرأة نتيجة انسداد البوقين • هذا وتجد المكورات البنية أمامها أربع فرص مناسبة، لتجتاز مضيق الرحم وتنتقل من القسم السفلى للجهاز التناسلي الى قسمه العلوي ، وهي :

١ ــ الطمث •

٢ ــ عواقب الاسقاط •

٣ ـ النفاس خلال الاسبوعين الاولين وبخاصة في اليومين الاوليين منها •

٤ ـ المداخلات على جوف الرحم مثل استعمال موسعات العنق ، أو المسبار ، أو الحلقة المعدنية (لأخذ اللطاخة)، حيث يؤدي استعمال هذه الآلات الى ادخال المكورات البنية الكائنة في المهبل الى داخل العنق •

أشكال داء السيلان العلوي :

يتظاهر داء السيلان العلوي بشكلين :

الاول : الالتهاب البني للغشاء المخاطي لباطن الرحم Endometeritis Gonorrhoica ، تصعد المكورات البنية من الغشاء المخاطي لباطن العنق الى الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، غالبا إبان الطمث الذي يلعب دور المحرك لهذه الجراثيم ، إلا أن هذا الانتقال يمكن حدوثه أيضا خارج فترة الطمث وذلك عند المداخلة على العنق • يشفى الالتهاب البني للغشاء المخاطي لباطن الرحم حسب رأي (شرودەر Schroeder) عفوياً في الغالب بعد الاصابة بفترة قصيرة لا تزيد في أقصى حدودها عن نهاية الدورة الطمثية الثانية أو الثالثة التي تلي الاصابة •

فالالتهاب البني للغشاء المخاطي لباطن الرحم اذن ليس الا حالة مرضية مؤقتة •

يحدث الشفاء العفوي كنتيجة لتأثيرات المبيض المستمرة على الغشاء المخاطي لباطن الرحم المصاب ، حيث تتخرب خلايا الطبقة الوظيفية للغشاء المخاطي وتنقذف عند حدوث الطمث مع المكورات البنية المستقرة على السطح مع الدم والانسجة الى خارج الرحم •

الثاني : التهاب البوق البني Salpingitis Gonorrhoica بعد اصابة الغشاء المخاطي لباطن الرحم بالالتهاب البني ينتقل هذا الالتهاب بسرعة كبيرة الى البوقين ، بحيث يمكننا القول أن اصابتهما تكاد تتم في وقت واحد ،

والواقع أنه لا يمكن التسليم بهذه الحقيقة بسهولة الا بعد معرفة شيئين هما :

آ ـ لقد ثبت بتصوير البوقين الشعاعي وبخاصة قبيل الطمث سهولة مرور السوائل من جوف الرحم الى البوقين . وعلى هذا الاساس يعتقد بانتقال المكورات البنية المختلطة مع دم الطمث إبان حدوثه من جوف الرحم الى البوقين وحدوث الالتهابات الحادة نتيجة لذلك . كما ثبت أيضا أن الالتهاب البني القيحي الحاد للغشاء المخاطي لباطن الرحم، يثير خاصة التقلص في الالياف العضلية للرحم مما يؤدي الى اندفاع السائل الالتهابي (القيح مع دم الطمث) من جوف الرحم الى البوقين . هذا وفي حال عدم تطبيق المعالجة الفعالة والسريعة، فان الحالة الالتهابية للبوقين سوف تشتد وتؤدي الى التهاب المبيض، والتهاب البرتوان الحوضي، وما ينجم عن ذلك من التصاقات تؤدي بالتالي الى انسداد البوقين وحدوث حالة التهاب البوقين البني القيحي Pyosalpinx gonorrhoica ، وبالتالي حدوث الكيسات البوقية المبيضية Tuboovarialzysten والخراجات البوقية المبيضية Tuboovarialabszess أو أورام الملحقات Adnextumoren (وهي حالة وصفية للالتهابات البنية) التي تلتصق بالثرب والامعاء والمثانة ، أما التهاب البريتوان المتعمم فنادر الحدوث .

التشخيص التفريقي :

يمكن أن يلتبس التهاب البوق البني بالحالات التالية :

الحمل خارج الرحم ، الاورام المبيضية المنفتلة ، انفجار الزائدة الملتهبة .

أعراض السيلان البني العلوي : Symptome der oberen Gonorrhoe :

تبدو أعراض التهاب البوق البني بشكل وصفي وعنيف ، وتتجلى بآلام بطنية قولنجية ، مع ترفع حروري شديد ، وأعراض تفاعل برتواني (مثل حس الانتفاخ ، والتوتر ، والألم المحدث في أسفل البطن ، مع الشعور

بالغثيان والاقياء) ، وتزول هذه الاعراض عند المعالجة بالبنسلين غالباً خلال (١ ــ ٢) يوماً ، وقد تزول بعد (٦ ــ ٨) ساعات وتبقى الاعراض الموضعية فقط • أما الاعراض التي تتبقى بشكل مستمر فتتمثل غالباً بأعراض التهاب الملحقات المزمن المزدوج (في الجانبين) ، ويعني ذلك اصابة المرأة بالعقم الدائم • هذا وبما أن الالتهاب البني للغشاء المخاطي لباطن الرحم سوف يؤدي اذا حدث الطمث ، الى تأخذ في شفاء سطح الغشاء المدمى أي تأخر في ترممه ، فان هذا الالتهاب سيكون سبباً في حدوث الاضطرابات الطمثية التي تتجلى حسب رأي شرودەر وزومەر K. H. Sommer, R. Schroeder بشدة الطمث وتطاوله ، مع حدوث نزوف ما بين الطموث ، خلال فترة زمنية (وخلال عدة طموث) ، كما يمكن أن تكون الطموث أحيانا عند هؤلاء النسوة طموثاً مؤلمة •

تشخيص داء السيلان عند النساء :

يعتمد تشخيص داء السيلان عند النساء على فحص اللطاخة •

اللطاخـــة :

تؤخذ هذه اللطاخة من موضعين رئيســيين :

آ ــ صماخ البــول •

ب ــ عنــق الرحــم •

ويفضل في أخذها استعمال الحلقة البلاتينية ثم تمد على صفيحة وتلون وتفحص مجهرياً• تشبه المكورات البنية حبة البن المزدوجة، فتشاهد اما داخل الكرية البيضاء، أو متوضعة على الخلايا الابتليالية ، أو حرة في المفرزات ، والطرق المتبعــة في تلوينها هي التلــوين بأزرق المەتيلەن Methylenblau أو بطريقة غرام Gramfaerbung وهي الطريقة المفضلة • تأخذ المكورات البنية اللون الازرق عند تلوينها بأزرق المەتيلەن ، بينما تأخذ اللون الاحمر عند تلوينها بطريقة غرام، كما يحدث في بقية مجموعة النايسەريات وهذا عكس ما يحدث في تلوين المكورات الاخرى التي تأخذ اللون الازرق • هذا ويمكن

اللجوء الى الزرع حسب رأي شرودهر R. Schroeder • اذا لم تتمكن من التشخيص بفحص اللطاخة أو كان التشخيص سلبياً •

طـرق التحريـض : Provokationsmethoden :

يسهل كشف المكورات البنية في الحالات الحادة ، أما في الحالات تحت الحادة والمزمنة فيصعب كشفها ، وقد يكون فحص اللطاخة سلبياً رغم تكرارها (١٥ ــ ٢٠) مرة رغم وجود العلامات السريرية الدالة بشكل واضح على الالتهاب البني ، ففي مثل هذه الحالات تختبىء المكورات البنية في أعماق ثنيات الغشاء المخاطي للعنق، وصماخ البول، بحيث لايمكن التوصل اليها عند أخذ اللطاخة ؛ لذا نضطر الى اخراج هذه المكورات من مخابئها الى السطح، ويكون ذلك بتطبيق طرق التحريض التي تؤدي الى زيادة المفرزات وبالتالي الى اندفاع المكورات البنية معها ، ومن هذه الطرق •

١ ــ المحرضات الحرارية Thermische provokation : وتقوم على استعمال الامواج القصار (التي تؤدي الى الاحتقان) •

٢ ــ التحريض باللقاحات Vakzinatorische provokation : وتقوم على اعطاء بعض اللقاحات التي تؤدي أحيانا الى رفع حرارة المريضة •

٣ ــ المحرضات الكيمياوية Chemische provokation : وتقوم على اعطاء بعض المواد الكيمياوية التي تؤثر على المجاري البولية فقط دون عنق الرحم ، لذا يجب أن تؤخذ اللطاخة من صماخ البول •

يعتبر الطمث من أفضل محرضات المكورات البنية حيث تؤخذ اللطاخات في اليوم الثاني منه •

المعـالجة :

لقد أهملت نهائياً المعالجات الموضعية التي كانت تطبق سابقاً ويعتمد حالياً على المعالجة بالبنسلين •

معالجة داء السيلان السفلي :

قاعـدة اساسـية :

يجب التبكير في معالجة السيلان البني بالبنسلين قبل صعود المكورات البنية للقسم العلوي من الجهاز التناسلي ، لذا يجب تطبيق المعالجة في بدء التشخيص بصرف النظر عن كون هذا الالتهاب في مرحلته الحادة أو تحت الحادة أو المزمنة ، ويعطى عادة مليون بنسلين حقناً عضلياً طيلة (٢ ــ ٣ ــ ٤) يوماً ، فاذا بقي فحص اللطاخة حتى اليوم الرابع ايجابيا ، يمكن عندئذ أن نعزو ذلك الى وجود مقاومة في هذه المكورات البنية . هذا وفي حال فشل المعالجة بالبنسلين أو وجود حساسية لدى المريضة تجاهه تطبق المعالجة عندئذ باعطاء الكلورامفهنيكول أو التتراسكلين .

ملاحظـة :

يجب اجراء فحوص مراقبة للمريضة وذلك بأخذ لطاخة منها في اليوم الثاني من الطمث وفحصها طيلة ثلاثة أشهر أي خلال ثلاث دورات طمثية متعاقبة .

معالجة داء السيلان العـلوي :

اذا كان داء السيلان العلوي في المرحلة الحادة يجب تطبيق الشروط التالية:

١ ــ تجري المعالجة في المشفى .
٢ ــ توضع المريضة في راحة مطلقة في سريرها مدة (٢ــ٣) أسبوعا .
٣ ــ تطبق المعالجة بالبنسلين .

وبتحقيق هذه الشروط تزول الاعراض السريرية الحادة بسرعة كبيرة ، والمدة التي يطبق فيها البنسلين لا تقل عادة عن (٦) أيام على أن تعطى المريضة مليوناً واحداً يومياً ، والواقع أن تطبيق البنسلين يجب أن يستمر حتى تزول كافة الاعراض السريرية . هذا وبتطبيق هذه المعالجة في وقت مبكر يصبح ممكناً منع تكون أورام الملحقات وبالتالي انسداد البوقين ، أما اذا كان داء السيلان العلوي في المرحلة المزمنة، فان المعالجة بالبنسلين أو غيره من الصادات تصبح عديمة الجدوى ، وتطبق عندئذ المعالجة المتبعة في كافـة الالتهابات المزمنـة .

الباب العشر

سـل الجهـاز التناسـلي

GENITALTUBERKULOSE (GT) (GENITAL TUBERCULOSIS)

يمكن حدوث سل الجهاز التناسلي في كافة الاعمار ، ولكن يغلب حدوثه ما بين السنة (٢٠ ــ ٣٠) من العمر • تكون الاصابة عادة ثانوية تنجم عن انتقال العصيات السلية من آفة بدئية تتوضع في (٨٠ ــ ٩٠٪) من الحالات في الرئتين ، وفي (١٠ ــ ١٥٪) منها في العقد البلغمية المعوية ، أما الاصابة البدئية فلم يؤكد وجودها بعد ، عدا سل الفرج الذي يصيب البنات الصغيرات •

طـرق العـدوى :

تنتقل العصيات السلية من البؤرة البدئيـة الى الجهاز التناسلي عند المرأة بالطرق التالية :

١ ــ الطريق الدموي :

:Haematogener Weg = Blutweg (Blood way)

تنتقل العصيات السلية من البؤرة البدئية بالطريق الدموي لتصيب البوقين أولا في (٨٠ ــ ٩٠٪) من الحالات ، ثم تنتشر بعدها عن طريق القناة التناسلية أو ما يسمى بالطريق النازل :

Deszendierender Weg = Intra kanalikulaerer Weg
Descending way = Intercanalicular way

الى بقية الاعضاء التناسلية ، حيث يصاب خاصة الغشاء المخاطي لباطن الرحم إبان حدوث الطمث ، نتيجة لوجود السطح المدمى الواسع بعد أن تعبر

العصيات السلية مضيق البوق الذي يبقى مفتوحاً دائماً الى جوف الرحم • كما يمكن أن تنتقل العصيات السلية بالطريق الدموي الى الغشاء المخاطي لباطن الرحم دون اصابة الغشاء المخاطي للبوق ، وقد أثبت ذلك بودلهشكا Podleschka عام ١٩٥٦ ، كذلك يمكن أن يحدث هذا الانتقال المباشر أيضا بالطريق الدموي الى المبيضين وعنق الرحم •

٢ ــ الطريق اللمفاوي Lymphogener Weg :

تنتقل العصيات السلية بالطريق اللمفاوي في (٣٪) من الحالات •

٣ ــ الانتقال بالاستمرار : أو العدوى بالاستمرار :
Infektion per continuitatem

ويعني ذلك انتقال العصيات السلية نتيجة لاستمرار وجود الآفة بشكل موضع ، ثم انتشارها من موضعها الى الجهاز التناسلي ، كما يحدث في سل البريتوان البدئي الذي ينتقل الى الجهاز التناسلي باستمرار سير العدوى وانتشارها من موضعها الى ما يجاورها ، كذلك يحدث هذا الانتقال عن طريق البوقين الى الغشاء المخاطي لباطن الرحم، كما قد تحدث هذه العدوى في حالات سل البريتوان الثانوي أيضا •

توضع سل الجهاز التناسلي :
LOKALISATION DES GENITALTUBERKULOSE

ان نسبة اصابة الاعضاء التناسلية غير متساوية بل تختلف من عضو إلى آخر وتعتبر النسب التالية هي النسب المقبولة الى حد ما حاليا :

البوقان :	٩٠٪
الغشاء المخاطي لباطن الرحم	٤٠ ــ ٧٠٪
المبيضان	١٠ ــ ٢٠٪
عنق الرحم	٢ ٪
المهبل	٥ ــ ١٠٪
القسم المهبلي لعنق الرحم	١ ٪
الاشفار	١ ٪

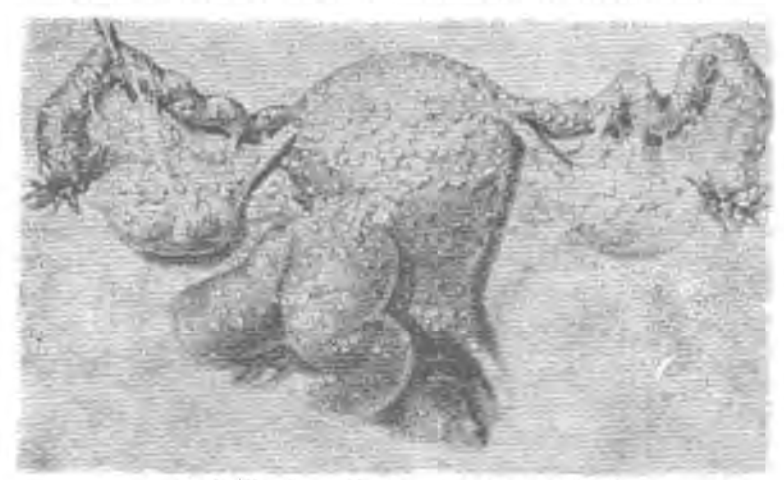
وتكاد تكون اصابة البوقين مزدوجة دائما ، كما يعتقد حاليا بأن اصابة البوقين تؤدي غالبا الى اصابة الغشاء المخاطي لباطن الرحم ٠

لذا نستخلص من هذه النسب المذكورة أن مفهوم السـل التناسلي يعني بالدرجة الاولى سل البوقين ٠

الانواع المختلفة للســل التناسلي :

١ ـ سل البوقــين

Tuberkulose der Tuben – Salpingitis tuberculosa



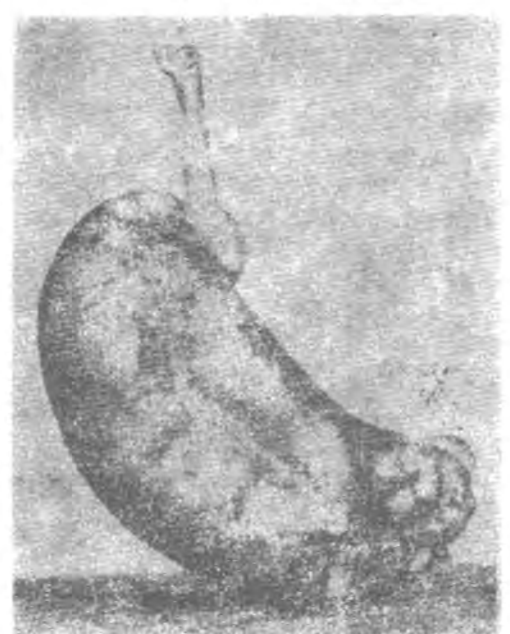
الشكل (١٢١) سل الجهــاز التناسلي

تنتقل العدوى الى البوقين بالطريق الدموي ، ويلاحـظ في الشرائح المأخوذة من بوق مصاب ، ثخانة جداره ، مع تقرحات واسعة في بعض الاماكن من غشائه المخاطي ، الذي تستره طبقة قيحية أو أجنبية وتتكاثر عليه عقيدات صغيرة رمادية اللون ٠ أما الشكل الخارجي للبوقين السليين فيتميز قليلا عنه في المصابين بالالتهاب بالمكورات البنية أو بغيرها من الجراثيم المقيحة ، إلا أن هناك ثلاثة أدلة تشير الى الطبيعة السلية لالتهاب البوقين تتوجب ملاحظتها عند فتح البطن هي :

آ ـ يبقى غالبا القسم البرزخي من البوق خاصة في جزئه القريب من الرحم رقيقاً ، لا يصاب بالضخامة التي تصيب الجزء الوحشي منه الذي يبدو ضخماً كأصبع اليد أو القبضة أحيانا .

ب ـ تظهر غالبا على الطبقة المصلية للبوق عقيدات صغيرة لا يشعر بها أثناء المس المهبلي .

جـ ـ يشتبه دائما بالمنشأ السلي في البوق المتقيح والمتضخم ، اذ ان كتلة المواد المتجبنة تؤدي الى ضخامته بحيث يعادل حجمه حجم قبضة اليد وقد يصل حجمه في بعض الحالات النادرة الى حجم رأس رجل .





الشكل (١٢٢) بوقان سليان ويلاحظ فيهما عدم اصابة القسم البرزخي بالآفة السلية

٢ ـ سل المبيضين :

Die Tuberkulose der Ovarien = Tuberculosis of the Ovary

يعتبر سل المبيضين من الحالات النادرة نسبيا ، حيث تنتقل الآفة السلية

من البريتوان أو البوقين الى ما حول المبيضين ، فيصاب البريتوان الــذي يسترهمـا ويحدث مـا يسمى بالتهاب البريتوان المبيضــي السلــي • . Perioophoritis tuberculosa

تظهر عقيدات دخنية صغيرة على سطح البريتوان المبيضي وينــدر أن يكون سل المبيضين من النوع الجبني أو الكهفي •

ومن العلامات الوصفية لســل الملحقات وكذلك لالتهاب الملحقـات البني ، كما ذكرنا ســابقا ، تشكل ما يسمى بأورام الملحقـات الكتليـة Konglomerattumoren der Adnexe التي تتكون مــن البــوق المتقيــح والمتضخم ، ومــن المبيض ، والبريتوان الحوضي ، والاعضــاء المجاورة (الثرب ، الامعاء الرقيقة ، الاعور ، المثانة وغيرها) ، حيث تشكل جميعها كتلة ورمية في موضع الملحقات •

٣ ــ سل الغشاء المخاطي لباطن الرحم :
أو الالتهاب السلي للغشاء المخاطي لباطن الرحم :
Die Tuberkulose des Endometriums = Endometritis tuberculosa Corporis

يصاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم غالبا في نفس الوقت الذي يصاب فيه البوق ، وتتوضح العقيدات السلية حسب رأي (نوغاله س **Nogales** في اللحمة قرب الطبقة الابتليالية ، أما النسيج العضلي الرحمي فتندر اصابته• يؤدي تكون المواد الجبنية وتجمعها في جوف الرحم الى انتفاخه وأخذه شكلا كرويا ، حيث تسبب الاختلاطات الاتتانية المشاركة للآفة السلية عندئذ ذوبان تلك المواد ، فاذا انسدت الفوهة الباطنة للعنق انحبست المواد الجبنية داخل جوف الرحم وحدث تقيح الرحم Pyometra .

آفات أو أورام الملحقـات المشبوهة سليـا :
Adnexprozesse bzw. Adenextumoren sind and Genitaltuberkulose verdaechtig

تعتبر آفات الملحقات وخاصة الاورام مشبوهة سليا في الحالات التالية :

١ ــ الآفات التي لا تعنو للمعالجة الراشفة Resorptionsbehandlung

وبخاصة للمعالجة بالحرارة Waermebehandlung ، أو التـي تسوء خلال تطبيق هذه المعالجة •

٢ ــ الآفات المؤلمة قليلا ، وذات الالم الخفيف المحدث ، والمتحركة قليلا أيضا أي المحدودة الحركة •

٣ ــ الآفات المترافقة بترفـع حروري عدة أسابيـع أو شهور وهـذا ما يشاهد عند الفتيـات •

٤ ــ الآفات المتوضعة عالياً •

٥ ــ الأورام التي لا يتغير حجمها سنين عديدة •

٦ ــ الأورام المشاهدة عند العذارى ، أو عند النساء الشابات والمترافقة بالحبن ، أو عند النساء المصابات بنقص نمو الرحم •

> يقول كيرشهوف Kirchhoff : ان الاعضاء التناسلية الناقصة النمو تصاب بسهولة بالسل ، وأن أورام الملحقات المزدوجة (في الجانبين) اذا ترافقت برحم ناقص النمو ، كان كذلك دليلا على كون الآفة التناسلية سلية المنشأ ، كما أن قصور المبيض يهيء لسل الجهاز التنـاسلي ،

لذا يمكن القول بأن الأورام الوحيدة الجانب تنفي المنشأ السلي للآفة•

ان النتائج التي نحصل عليها بالمس وكشف آفات الملحقات ذات دلالة مهمة من الناحية العملية ، الا أنه لا يمكن الاعتماد عليها في تشخيص منشئها السلي • هذا ويجب الانتبـاه في كل فحص نسائـي الى وجود العقيـدات المتوضعة في رتج دوغلاس والتي يمكن الشعور بها بالمس المهبلي ، أو المس الشرجي وهو الافضل ، وهي عبارة عن النسج المصابة بالآفة السلية والمتدلية في الكيس البريتواني الواقع خلف عنق الرحم • أما الاضطرابات الطمثيـة التي ترافق سل الجهاز التناسلي في ما يقرب من ٤٠٪ من الحالات ، فتتجلى

علـى الأغلب في اشتـداد الطمـوث Varstaerkerte Regelblutung وفي عسرة الطموث Dysmenorrhoe معاً ثم يعقب ذلك اضطراب نظم الطموث Tempoanomalie أي اما نـدرة الطموث Oligomenorrhoe أو تعـدد الطموث Polymenorrhoe ، اما انقطاع الطموث Amenorrhoe فحـالة نادرة ، والواقع انه لا يوجد شكل معين من أشكال الاضطرابات الطمثيـة يعتبر عرضاً وصفياً بالنسبة لسل الجهاز التناسلي • هذا وتعتبر اصابة عنق الرحم أو القسم الظاهر للعنق Portio ، والمهبل، والفرج، بالسل من الحالات النادرة ، الا أنه عند اصابة القسم الظاهر للعنق تبدو لعين الفاحص عقيدات صغيرة أو تقرحات يجب تفريقها عن شبيهتها في حالات سرطان عنق الرحم ، وداء البطانة الرحمية (اندومتريوز) ، والافرنجي ، كما تبدو الآفات السلية المهبلية بشكل تقرحات أيضا، الا أن آفات الفرج السلية تبدو في أغلب الاحيان بشكل عقيدات صغيرة أو تقرحات سطحيـة ، ولكن قد تشاهـد في بعض الحالات تقرحات عميقة تسمى تقرحات الفرج المزمنة

أعراض سل الجهاز التناسلي : Ulcus Vulvae Chronicum .

يبدأ سل الجهاز التناسلي خلسة ، وليس نادرا أن يترافق بترفع حروري وزيادة في سرعة التثفل ، كما تظهر غالبا خلال سير الآفة اضطرابات طمثية في ٤٠٪ من الحالات ، ثم لا تلبث أن تشعر المريضة بعد تقدم الآفة بآلام في أسفل البطن ، والواقع ان هذه الاعراض هي أعراض عامة لاتدل من الناحية العملية على المنشأ السلي • قد تكشف الآفة السلية صدفة أثناء عمليةجراحية، أو بعد تجريف رحمي أجري بسبب نزوف رحمية أو لاسباب تتعلق بتشخيص عقم تشكو منه المرأة ، أما في غير ذلك فان الاشتباه بالآفة السلية يبدأ مع وجود آفة في الملحقات وخاصة أورام الملحقات •

ان ما يلاحظ بشكل خاص ، هو أن كافة آفات الملحقات التى ترافق أو تعقب بعد فترة قصيرة آفة سلية في الرئة أو في سرة الرئة ، أو التهاب الجنب الانصبابي ، تعتبر حالة مشتبها بها حتى يثبت العكس •

هذا ويغلب ان تؤدي الآفات السلية التناسلية التي تعقب أو تشارك التهاب الجنب الى شكوى المريضة من آلام في الناحية الخثلية ، والى ضخامة في البوقين . والواقع ان أعراض التهاب الملحقات السلي لا توجه الطبيب الفاحص من النظرة الاولى الى تشخيص الآفة السلية وتفريقها عن بقية حالات التهاب الملحقات الاخرى، الا أنه في نفس الوقت، توجد أعراض خاصة بآفات الملحقات تشير الى المنشأ السلي بشكل أو بآخر ، قد تزيد أو تنقص حسب الحالة التي يجري فحصها .

هذا وعلى الفاحص أن ينتبه الى التشخيص التفريقي عند وجود العقيدات في رتج دوغلاس ، اذ يمكن أن تنجم عن الحالات التالية :

١ ــ سرطان المبيض المنتشر .
٢ ــ سرطان البريتوان .
٣ ــ داء البطانة الرحمية (الاندومتريوز) المتوضع خلف البريتوان .
٤ ــ سل الجهاز التناسلي .

وقد اثبت (نه فيني ــ شتيكه ل) Nevinny - Stickel أن فرط التصنع الغدي كثير الحدوث في حالات سل الجهاز التناسلي .

والحقيقة أن سل الجهازالتناسلي عند المرأة بشكل عام يشخص متأخرا، ويعود ذلك الى قلة أعراضه من جهة ، والى فقدان الاعراض الوصفية فيه من جهة أخرى . وعلى كل حال تتوجب السرعة في وضع تشخيص سل الجهاز التناسلي في الحالات المشتبه بها ليتسنى تطبيق المعالجة اللازمة في أسرع وقت ممكن .

تشخيص سل الجهاز التناسلي :
Diagnostik des Genitaltuberkulose

التشخيص غير المؤكد : Verdachtsdiagnose :

يعتبر التشخيص السريري لسل الجهاز التناسلي تشخيصا غير مؤكد ،

اذا لم تتوفر الاعراض الوصفية المميزة أو الاعراض التي تجعلنا نشتبه فقط في منشأ الآفة السلي التي تتلخص بما يلي :

١ ـ القصة المرضية المشبوهة : Verdaechtige Anamnese :

ونعني بذلك اصابة رئوية ، أو اصابة سلية أخرى ، في سوابق المريضة (حبن ، قسط ، آفات العقد البلغمية وغير ذلك) • يلعب التهاب الجنب دورا كبيرا في سل الجهاز التناسلي ، حيث ثبت وجوده في قصة المريضة في ثلث حالات سل الجهاز التناسلي • كما تكشف قصة المريضة اصابتها بترفع حروري قبل الطمث ، وباضطرابات طمثية ، وبعقم ، اذ تذكر بعض الاحصائيات (ان ٦٠ ـ ٩٠٪) من النساء المصابات بسل الجهاز التناسلي هن نساء عقيمات ، لذلك يتوجب التفكير بسل الجهاز التناسلي في كل حالات العقم البدئية • لذا من الواجب اللجوء الى تجريف الرحم وفحص المادة المجرفة خلويا قبل اجراء التصوير الشعاعي للرحم ، ولن يضير المرأة انتظار مرور (٦ ـ ٨) أسابيع على تجريف الرحم لاجراء الصورة الشعاعية في حالات العقم البدئي• هذا ويصرف الكثيرون النظر عن التصوير الشعاعي اذا اثبت الفحص الخلوي الاصابة السلية • لقد أثبتت الفحوص الحديثة حسب رأي كيرشهوف Kirchhoff ان سل البوقين لا يؤدي بالضرورة الى العقم ، ولكن من الناحية العملية اذا لم نجد سببا للعقم الذي تشكو منه المرأة ينصح عندئذ بالتفكير بسل الملحقات ومن ثم اجراء فحص دم الطمث لاثبات أو نفي ذلك•

٢ ـ السير السريري المشبوه : Verdaechtiger Verlauf

يتجلى ذلك قبل كل شيء في آفات الملحقات كما مر معنا •

٣ ـ التشخيص المشبوه بالمس المهبلي :
Verdaechtiger Palpationsbefund

أي المعلومات المستحصل عليها بالمس المهبلي والمشبوهة سليا :

ويعني ذلك أيضا آفات الملحقات وقد مر ذكرهـا • ان تشخيص سل الجهاز التناسلي وبخاصة سل الملحقات ، استنادا الى سير المرض والى المس

المهبلي أمر صعب جداً ، اذ ان كثيراً من أورام الملحقات السلية المنشأ تشخص فقط ولاول مرة بعد فتح البطن ، أو بعد الفحص النسجي لخزعة أخذت من ذلك الورم •

يستنتج من ذلك كله ان التشخيص السريري لسل الجهاز التناسلي هو تشخيص غير مؤكد ، وهذا ما يمنعنا من تطبيق المعالجة اللازمة والضرورية في مثل هذ ه الحالات •

التشخيص المؤكـد : Exakte Diagnostik des Genitaltuberkulose :

لوضع التشخيص المؤكد لسل الجهاز التناسلي توجد طريقتان فقط هما :

١ التشخيص الجرثومي : Bakterielle Diagnostik :

ونعني به كشف العصيات السلية في دم الطمث •

٢ ـ التشخيص النسجي : Histologische Diagnostik :

ونعنى به كشف العصيات السلية في النســج • هذا ويعتبر التصوير الشعاعي مكملا للتشخيص •

١ ـ التشخيص الجرثومي :

يعتبر ديتــه ل (H. Dietel) أول من حاول كشف العصيات السلية في مفرزات العنق ، حيث استحصل على هــذه المفرزات بتطبيق ما يشبــه القبعة على القسم الظاهر لعنق الرحم تسمى قبعــة العنق (Portiokappe) ثم تركها فترة لتتجمع فيها المفرزات اللازمة للفحص • الا ان النتائج غــير المرضية دعت كيرشهوف Kirchhoff عام ١٩٤٦ ــ ١٩٤٧ الى كشــف العصيات السلية في دم الطمث ، منطلقاً من فكرة ان انقذاف الغشاء المخاطي لباطن الرحم هي الفترة الملائمة للحصول على الدم اللازم للفحص لكثــرة العصيات السلية فيه •

لذا يستند حاليا بالدرجة الاولى في تشخيص سل الجهاز التناسلي على كشف العصيات السلية في دم الطمث •

لقد أصبحت طريقة زرع دم الطمث أو حقنه الى حيوانات المختبر هي الطريقة السريرية المتبعة في تشخيص سل الجهاز التناسلي ، هذا وان الفحص الجرثومي لدم الطمث لا يفيد فقط في تشخيص سل الملحقات ، بل يفيد أيضا في مراقبة المعالجة ومعرفة نتائجها • لاخذ دم الطمث تستعمل اداة بسيطة تشبه القبعة تطبق على عنق الرحم ، أو تستعمل بعض الاجهزة الخاصة وهذا أفضل ؛ أما كمية الدم التي تؤخذ عادة فتتراوح بين (٦ ـ ٨ سم^{3}) ويفضل أخذها في اليوم الاول من حدوث الطمث ، وتتجلى أفضلية الاجهزة المستعملة في أخذ دم الطمث في امكانية اخذه بشكل معقم •



الشكل (١٢٣) جهاز لاخذ دم الطمث بشكل معقم

يعتقد كيرشهوف بعدم وجود الالتهاب السلي للغشاء المخاطي لباطن الرحم بشكل مستقل ، لذا فان النتيجة الايجابية لفحص دم الطمث تعود الى آفة في الملحقات عند المرأة وهي التي تعلل لنا أسباب التهاب الغشاء المخاطي السلي • لذا وعلى هذا الاساس ، اتفق حاليا على ضرورة اجراء فحص دم الطمث وتحري العصيات السلية في كل آفة في الملحقات لم تتوضح أسبابها بعد ؛ هذا ولا يكتفى عادة باجراء هذا الفحص مرة واحدة ، بل يجب اجراؤه ثلاث مرات على الاقل في ثلاثة طموث متعاقبة ، وعلينا ان نعلم أن النتائج السلبية لهذه الفحوص لاتنفي بالضرورة المنشأ السلي للآفة •



الشكل (١٢٤)
الجهاز بشكله الكامل مع توابعه

٢ ـ التشخيص النسجي :

تؤخذ المادة اللازمة للفحص باحدى الطرق التالية :

آ ـ تجريف الرحم •

ب ـ أخذ قطعة من الكتلة المستأصلة •

جـ ـ أخذ قطعة من النسج المصابة (العقيدات المتوضعة حول فوهة العنق، النسج المهبلي المتقرح، العقدات المتوضعة على الاشفار)•

د ـ بزل رتج دوغلاس : ونعني بذلك بزل الكتلة الورمية للملحقات المتوضعة والملتصقة في رتج دوغلاس •

لقد لوحظ ان تحري العصيات السلية بطريقة التشخيص الجرثومي للمادة المستحصل عليها بالبزل (من رتج دوغلاس أو من الورم المتوضع في رتج دوغلاس)، تكاد تكون الدليل الوحيد على سل الجهاز التناسلي ، لذا يستحسن في كافة الحالات اجراء هذا البزل وفحصه جرثوميا لتحري العصيات السلية • يذكر بشيرهمبل Pschyrembel انه في كثير من الحالات كان كشف العصيات السلية المستحصلة بالبزل، الدليل الوحيد على تشخيص المنشأ السلي

للآفة • هذا وقد لوحظ ان لطريقة أخذ المادة النسيجية بتجريف الرحم بعض المساوىء تتلخص فيما يلي :

١ ـ تحتاج غالبا الى أخذ ما يقرب من عشرين خزعة للوصول الى التشخيص الصحيح •

٢ ـ قد يعرض تجريف الرحم في سل الجهاز التناسلي الى شدة فوعة الآفة وتحويلها الى حالة حادة قد تودي بحياة المريضة ، لذلك ينصح قبل اجراء هذا التجريف بتطبيق المعالجة السلية الفعالة لعدة أيام ، علما بأن كثيرا من الباحثين قد أهمل هذه الطريقة لخطرها كما ذكرنا أمثال (شرودهر ، شتوكه ل ، مارتيوس ، ديتـه ل وغيرهم) (Schroeder, Stoeckel, Martius, Dietel) الا أنه في الوقت الحاضر لم يعد الخطر بهذه الحدة، لكنه لايزال موجوداً ، وعلى هذا الاساس اعتمدت طريقة فحص دم الطمث للنتائج الحسنة التي تقدمها ولانعدام الخطورة فيها •

التشخيص الشعاعي لسل الجهاز التناسلي :

تعتبر طريقة التشخيص الشعاعي تكملة لطرق التشخيص السابقة ، اذ لايمكن للفحص الشعاعي وحده أن يشخص سل الجهاز التناسلي بشكل قاطع ، انما يمكن لهذا الفحص أن يضعنا أمام اشتباه باصابة سلية ، الا أن هناك بعض الحالات تكون صورها الشعاعية وصفية بدرجة يكاد يكون التشخيص بواسطتها قاطعا ، لذا يميز (كرويبيغ Kraeubig) بين نوعين من العلامات الشعاعيـة :

١ ـ العلامات المحتملـة •
٢ ـ العلامات المشـتبهة •

١ ـ العلامات المحتملة : Wahrscheinliche Zeichen :

آ ـ توسع البوقين قليلا وأخذهما شكلا يشبه الهراوة ، مع انسدادهما عند بداية الصيوان أو في القسم البرزخي (ويقصد به القسم الواقع ما بين

القسم الخلالي والصيوان) الا أن توسع الصيوان الصريح مع بقائه نافذا يعتبر علامة مهمة في تشخيص سل الجهاز التناسلي •

ب ـ يأخذ البوق في سيره شكلاً يشبه سلكا منحنيا ومتوترا كما يشاهد في بعض أجزائه انثناء حاداً ، وقد يشاهد في بعض الحالات عدم انتظام في سير المادة الظليلة في البوقين ، كما وقد يأخذ الصيوان المتوسع شكلا بيضويا يشبه كبة الغزل Wollknaeuel .

جـ ـ يأخذ البوق شكل عقد اللؤلؤ Perlenschnur أو شكل المسبحة نتيجة لتضيقات متعددة تتوضع على مسار القسم البرزخي للبوق وحذاء الصيوان •



الشكل (١٢٥) صورة شعاعية للرحم ويلاحظ انجذابه نحو الايسر مع انغلاق الصيوانين وانتفاخهما قليلا

٢ ـ **العلامات المشتبهة** : **Verdaechtige Zeichen** :

تبدي الصور الشعاعية للبوقين زيادة منتظمة أو غير منتظمة في ثخانة الغشاء المخاطي ، وقد يلاحظ أحيانا على الصورة الشعاعية نقصا في نمو الرحم ، فاذا ترافق ذلك مع بعض العلامات المحتملة أو المشبوهة التي ذكرت سابقا ، فتشخص المنشأ السلي للآفة عندئذ يكون التشخيص الراجح •

هذا ويعتبر كروييبغ Kraeubig الصور الشعاعية وصفية ، اذا ترافقت التبدلات التي تظهر على جوف الرحم وعلى العنق باصابة الطبقة العضليـة للرحم أيضا ، أما الصور الشعاعية التي تظهر فيها اصابات الغشاء المخـاطي لباطن الرحم فقط فلا تعتبر وصفية في تشخيص الآفة السلية .

أما الصور الشعاعية الوصفية التي يكون فيها تشخيص سل الجهـاز التناسلي أكيداً فنادرة . غير أن الصور الشعاعية غير الوصفية للبوقين لاتنفي وجود الآفة السلية ،ذ تشاهد كثير من الحالات التي تكون فيها الصور الشعاعية غير وصفية والآفة السلية مثبتة ؛ وذلك نتيجة لانسداد البوقين أما في بدايتهما أو حذاء ثلثهما الاخير فلا يعودان يظهران في الصورة الشعاعية.



الشكل (١٢٦) البوقان مغلقان حذاء الصيوانين يمتدان بشكل سلكين يشكل الايمن تزوياً حادا وتمتلىء نهايته المنتفخة بصورة غير متجانســة بالمادة الظليلــة

لقد اثبت (كيرشهوف ، وكروييبغ Kirchhoff, Kraeubig) في الفترة الاخيرة ان (٨٧٪) من الحالات السلية يكون فيها بوق واحد أو بوقان معا نافذين حذاء نهايتيهما الرحميتين ، وأن (٣٠٪) من الحالات يبقى الصيوانان

فيهما مفتوحين رغم اصابتها بالالتهاب السلي ، وذلك بعكس ما هو معروف عن آفات البوقين الالتهابية الاخرى التي تؤدي الى انسداد الصيوانين •

هذا ويحذر من البدىء مباشرة بالتصوير الشعاعي للرحم والبوقين لتشخيص سل الجهاز التناسلي ، اذ أن خطره لايختلف عن خطر التجريف الرحمي • لقد أكد (كاردوس Kardos عام ١٩٦١) على قيمة التصوير الشعاعي في التشخيص وفي مراقبة الشفاء شريطة أن يجري بعد تطبيق الادوية المستعملة في معالجة سل الملحقات ، وذكر بأنه لم يشاهد أي اختلاط في جميع الحالات التي أجري تصويرها بعد تطبيق الشروط التالية والتي ينصح بمراعاتها دائما وهي :

١ ــ ان تكون المادة الظليلة سائلة •

٢ ــ انعدام أعراض الالتهاب الحاد في الملحقات وفي الرحم •

٣ ــ أن تكون سرعة التثفل طبيعية •

٤ ــ ان تكون نتائج فحص اللطاخات المأخوذة من عنق الرحم طبيعية•

وفي حال وجود ضرورة لتجريف الرحم يتوجب عندئذ انتظار مرور (٦ ــ ٨) أسابيع على التصوير الشعاعي •

يعتقد بشيره مبه ل Pschyrembel ان التصوير الشعاعي للرحم والبوقين أشد خطرا من تجريف الرحم ، لذلك ينصح في تشخيص أسباب العقم عند امرأة عاقر بأجراء تجريف الرحم أولا ثم اجراء التصوير الشعاعي بعده • إن تجريف الرحم ضروري في تشخيص سل الجهاز التناسلي وتشخيص الاضطراب الوظيفي ، فاذا كانت نتيجة فحص المادة المجرفة تدل على المنشأ السلي للآفة ، توجب عندئذ البدء باعطاء المعالجة السلية اللازمة ، ثم يبحث بعد ذلك في ضرورة أو عدم ضرورة اجراء التصوير الشعاعي للرحم والبوقين •

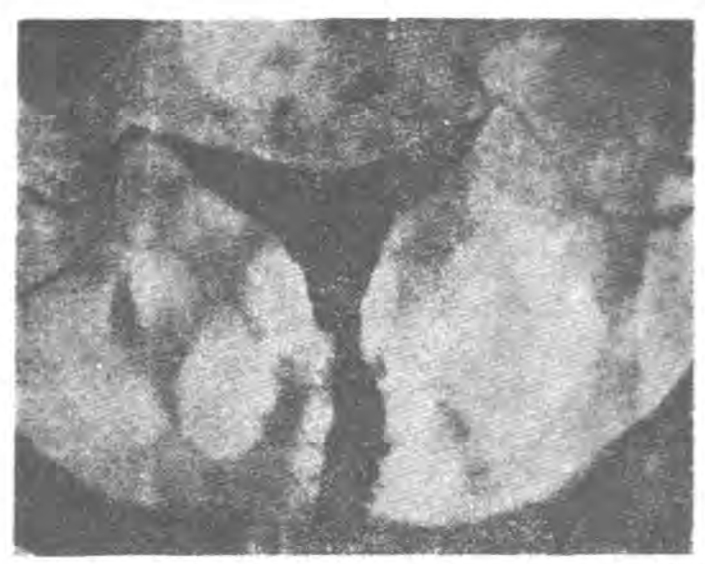


الشكل (١٢٧) البوق الايسر ذو مسار سلكي والصيوان مغلق تتجمع فيه المادة الظليلة بصورة غير متجانسة البوق الايمن القسم البرزخي متوتر والصيوان منضغط مشعث
التشخيص الشعاعي : اشتباه بسل الجهاز التناسلي ويؤكد التشخيص بالفحص الجرثومي لدم الطمث

وأخيراً ينصح في كل حالات سل الجهاز التناسلي بالتفكير بالكلية خشية اصابتها ؛ وذلك باجراء زرع البول ، اذ لوحظ غالبا مرافقة آفات جهاز البول السلية لسل الجهاز التناسلي وبالعكس . هذا وحسب احصاء كروبيغ Kraeubig فان (٨ ــ ١٠ ٪) من حالات سل الجهاز التناسلي ترافق بسل الكلية ؛ لذا ينصح بفحص الرئتين في كل حالات سل الجهاز التناسلي اذ غالبا ما تبدأ الآفة السلية في الرئتين وتبقى فترة طويلة دون ظهور أية أعراض تدل عليها .

سل الجهاز التناسلي والحمل :

كان يعتقد في السابق ان النساء المصابات بسل الجهاز التناسلي هن نساء عاقرات . إلا أنه لوحظ حاليا أنه في حالة تطبيق المعالجة السلية بشكل



الشكل (١٢٨) قعر الرحم ثلاثي الاطراف البوقان سلكيا المسار الصيوانان مغلقان كما يبدى البوق الايمن شكل عقد اللؤلؤ او شكل المسبحة

ناجح ، يمكن للمرأة المصابة أن تحمل • لقد وجد أيضا حسب احصاء كرويبيغ Kraeubig ان (١٣) امرأة مصابة بالسل قد حملن من بين (٧٨) حالة بعد تطبيق المعالجة ، وذلك خلال فترة مراقبة مدتها (٨) سنوات ، أي ان النسبة تساوي (١٧٪) ومن هذه النسبة (١٧٪) من الحمول ، كانت (٨) ولادات طبيعية و (٥) حالات اسقاط و (٤) حالات حمل خارج الرحم •

المعالجة :

لقد أحدثت المعالجة الكيمياوية Chemotherapie تحولاً كبيراً في نتائج معالجة سل الجهاز التناسلي حيث تحسنت كثيرا فرص الشفاء ، وبخاصة الاصابات الحديثة بعد تطبيق المعالجة المحافظة • وعلى هذا الاساس برزت أهمية التشخيص المبكر للآفة السلية وذلك بفحص دم الطمث كما ذكرنا سابقاً •

المعالجه المحافظه :

من المعروف حاليا أن معالجة آفات سل الجهاز التناسلي الحديثة تبدأ في مشاف خاصة وتستمر (٣ ــ ٤) شهرا ، أو تطبق في مصحات مخصصة لمعالجة الآفات السلية وغير الرئوية ، ويقوم على تطبيقها اخصائيون بالامراض النسائية • هذا ويجب أن نعلم ان المعالجة النوعية ليست هي المعالجة المحافظة الا أنها تشكل جزء مهما منها • وللوصول الى النتائج المرجوة يتوجب في نفس الوقت تطبيق المعالجة النوعية مع بعض المعالجات الفيزيائية مع حمية غذائية بقصد تحسين حالة المريضة العامة ، يضاف اليها توفير الراحة النفسية والجسدية، والتعرض لاشعةالشمس والهواء الطلق، واعطاء الفيتامينات والمواد البروتينية والكالسيوم وغير ذلك •

تقوم المعالجة النوعية المعروفة للسل ان كانت الآفة رئوية أو غير رئوية على اعطاء المواد التالية •

١ ــ الستربتوميسين Streptomycin بشكل ديدروتيه نسات Didrothenat .

٢ ــ الايزونيازيد Isonikotinsaeurehydrazid INH .

٣ ــ تيوسه ميكاربازون Thiosemikarbazon .

٤ ــ باس Paraaminosalizylsaeure PAS .

وتعطى هذه الادوية بمعايير معينة وفي أزمنة منتظمة ولفترة محددة وفقاً للمبادىء الاساسية لمعالجة التدرن ، بالاضافة الى ما ذكر فقد ارتأى (هيرش ــ هوفمان ــ البرس ــ كيرشهوف ــ كروييبغ) Hirsch, Hoffmann, Albers, Kirschhoff, Kraeubig تطبيق معالجة موضعية تؤثر مباشرة على البوقين المصابين ، وذلك بحقن الادوية النوعية للسل بشكل سائل بواسطة أجهزة خاصة الى داخلهما حيث يمكن بقاء هذه المادة المحقونة عدة ساعات بملامسة المنطقة المسدودة ، الا أن هناك خطرا في نفوذ هذه المادة الى جوف البطن ، لذا يتوجب قبل تطبيقها التأكد بشكل جازم من وجود الانسداد وذلك بالتصوير الشعاعي والا فيمنع تطبيق هذه المعالجة •

المعالجه الجراحية :

ينهع منعا باتا تطبيق المعالجة الجراحية مباشرة عند تشخيص سل الجهاز التناسلي ، ولا يسمح بها الا بعد تجربة المعالجة المحافظة فترة كافية دون الحصول على النتائج المطلوبة ، وقد حددت المعالجة الجراحية حاليا بالاستطبابات التاليــة :

١ ــ فشل المعالجة المحافظة التي طبقت عدة شهور وعدم تراجع حجم الآفة المجسوسة ٠
٢ ــ تزايد الشعور بالانزعاج والالم رغم تطبيق المعالجة المحافظة فترة كافيــة ٠
٣ ــ عدم تحمل المريضة للمعالجة الفيزيائية والمعالجة النوعية ٠
٤ ــ تقيح البوقين المزمن أو تقيح المبيضين المزمن مع تدهور الحالة العامة للمريضة ٠
٥ ــ تقيح البوقين الحاد مع وجود علامات تفاعل بريتواني ٠
٦ ــ النواسير القيحية التي لم تشف رغم المعالجة المحافظة الطويلة ٠

ملاحظــة :

ان تقيحات البوقين غير قابلة للشفاء العفوي ٠

نصائح للمريضــة :

لقد اثبت كيرشهوف وزملاؤه ان سل الجهاز التناسلي آفة التهابية سارية خاصة ابان الطمث ، لذلك تعتبر المرأة المصابة معدية على الاقــل في فترة الطمث، لذا فهي خطرة بالنسبة للطفل الرضيع ٠ لقد أكد كرويبيغ Kraeubig أنه لم يجد أثرا لهذه العدوى فيمحيط المريضة غير ما ذكرناه ، فمثلا لم يشاهد قط اصابة القضيب بالسل نتيجة للعدوى ٠ لهذا على الطبيب أن ينصح المرأة المصابة بالتقيد ببعض التوجيهات الصحية خاصة بالنسبة لقطع الشاش أو ما يشبه من المواد التي تستعملها المرأة وقاية لثيابها ابان الطمث ، اذ يتوجب عليها حرقها وغسل يديها جيدا ، كما يتوجب عدم النوم مع الاطفال في فراش واحد في هذه الفترة ٠

الباب الحادي عشر

أورام المبيـض
كيســات المبيــض

OVARIALTUMOREN (OVARIAN TUMORS)

OVARIAL ZYSTEN (OVARIAN CYSTS)

علينا أن ندرك بوضوح الاختلاف الكبـير بين كيسات المبيــض وبين الاورام الحقيقية للمبيض ، لما لذلك من أهمية ليست فقط بالنسبة للتشريح المرضي أو علم التشريح ، بل أيضا بالنسبة للناحية العملية والسريرية •

ونظرا لامكانية تشابه الكيسات المبيضية مع الاورام الحقيقية للمبيض من حيث المظهر الخارجي ، ومن حيث القوام ، لذا فمن الصعب علينا التفريق بينهما اذا ما لجأنا الى الفحص النسائي فقط • ويعتبر من أهم ما يميزهما عن بعضهما بشكل اساسي هو ما يلي :

آ ـ تعود أهم أسباب تكون ونمو كيسات المبيض الى المفرزات المتكونة داخل الاجواف ، (مثلا الجريبات المبيضية) فاذا بقيت هذه المفرزات منحبسة تكونت عندئذ الكيسات الانحباسية Retentionszysten ، التي يتزايـد نموها طالما استمر تكون المفرزات واستمر انحباسها ، لكنها تتوقف عن النمو عند توقف المفرزات عن التكون •

ب ـ أما أسبــاب تكون الاورام الحقيقيــة في المبيض بلاستومـــا Blastome فتعود الى حدوث تكاثر خلوي ، حيث يستمر نمو هذه الاورام

باستمرار هذا التكاثر ، كما ان سرعة النمو تختلف باختلاف نوع الورم . قد تلعب المفرزات دوراً ثانوياً في نمو الاورام الحقيقية للمبيض لكن الفوارق بينها وبين كيسات المبيض تبقى كما ذكرنا سابقا .

تقسيم الكيسات المبيضية أو الكيسات الانحباسية : Retentionszysten

تقسم الكيسات المبيضية الى :

١ ـ المبيض المتعدد الكيسات أو التغيرات الكيسية الصغيرة في المبيض.

٢ ـ الكيسات الفوليكولينية .

٣ ـ كيسات الجسم الاصفر والكيسات اللوتهئينيه .

٤ ـ الكيسات الجيرية أو الشوكولاتية .

ويضاف الى هذه الانواع الكيسات ما حول المبيض أو الكيسات المجاورة للمبيض Paraovarialzysten = Epoophoron وهي قنيوات صغيرة تقع بين وريقتي الرباط العريض وتتشكل من بقايا تشكلات الكلية القديمة .

١ ـ المبيض المتعدد الكيسات أو التغيرات الكيسية الصغيرة في المبيض :
Polyzystische ovarien = Klein Zystische Degeneration des Ovars

تكون ضخامة في المبيضين ويصبح حجم المبيض ضعف أو ثلاثة أضعاف حجم المبيض الطبيعي (ويمكن أن يصبح بحجم بيضة الدجاج) ، يبدو اللون الخارجي أبيض رماديا ، أما المحفظة المحيطة بالكيس فتزداد ثخانتها . اذا أجرينا شقاً معترضاً على المبيض ، تظهر الكيسات بأحجام مختلفة تتراوح بين رأس الدبوس وحبة الكرز واذا ترافق المبيض المتعدد الكيسات بالاعراض التالية :

انقطاع الطمث ، عقم ، علامات استرجال (الجسم يشبه من حيث تكونه جسم الرجل مع ظهور الشعر في الوجه) نشأ عندنا التناذر المسمى : تناذر شتاين لوفنتال Stein-Leventhal .

المعالجـــة :

تكون المعالجة جراحية باستئصال جزئي سطحي للمبيضين بشكل موشور قاعدته في السطح بمساحة تختلف حسب حجم المبيض وهي عادة تعادل $\frac{1}{3}$ سطح المبيض تقريباً •

٢ ـ الكيسات الفوليكولينية : Follikelzysten :

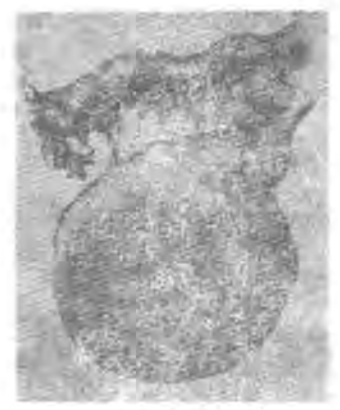
اذا لم ينفجر جريب غراف الناضج ولم يقذف البيضة المتكونة داخله استمر في افراز السائل في جوفه ، مما يؤدي الى النتيجتين التاليتين :

الاولى : يتسع الجوف الكيسي باستمرار بسبب استمرار تكون المفرزات فتتشكل حينئذ الكيسة الجريبية ، ويتراوح قطرها بين (٢ ـ ٤) سم وقد يصل حجمها أحيانا الى حجم التفاحة أو قبضة اليد •

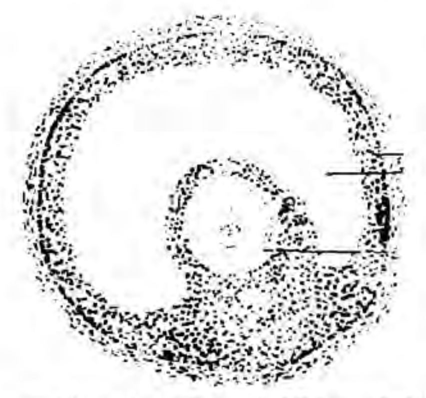
الثانية : ان الضغط داخل الكيسة الناشيء عن وجود المفرزات يؤدي الى ضمور نسيج الطبقة الحبيبية والنسيج الداخلي للطبقة القشرية مما يؤدي الى التوقف عن تكوين الفوليكولين شيئا فشيئا •



الشكل (١٢٩)
مبيض متعدد الكيسات



الشكل (١٣٠)
الكيس الجريبي او الفوليكوليني



الشكل (١٣١) جريب غراف ناضج

٣ ـ كيسات الجسم الاصفر :
: Corpus Luteum - Zysten = Gelbkoerperzysten

تنشأ كيسات الجسم الأصفر غالبا من الورم الدموي الذي تكون داخل الجسم الاصفر، فاذا ارتشف هذا الدم وبقي سائل رائق يملأ الكيسة أو سائل مدمى قليلا ، تكونت الكيسات التي دعوناها كيسات الجسم الاصفر ، واذا لم يرتشف الورم الدموي بل بالعكس ازدادت كثافته ، تكونت عندئذ الكيسات الجيرية أي الشوكولاتية . والواقع يصعب جدا تفريق كيسات الجسم الاصفر عن الكيسات اللوتهئينيه التي لا تنشأ عن الجسم الاصفر ، بل تنشأ عن جريب غراف الذي لم ينفجر وأخذ في النمو خلال الحمل حيث تستمر خلايا الطبقة الحبيبية (ومنهم من يقول خلايا الطبقة القشرية الباطنة) بافراز اللوتهئين Lutein . تتوضع الكيسات اللوتهئينيه غالبا في الجانبين، وتشاهد كثيرا مرافقة للرحى العدارية ، كما تتراجع أو تزول بعد افراغ الرحم من الرحى .

٤ ـ الكيسات الجيرية او الكيسات الشوكولاتية :
: Teer-oder Schokoladenzysten = Chokolate Cysts

هي كيسات مبيضية (تتكون غالبا في الجانبين) تمتلأ بمادة جيرية أو شوكولاتية اللون ، وتنشأ هذه المادة من الدم الذي كان يملأ الكيسة والذي



الشكل (١٣٢)
كيسة الجسم الاصفر

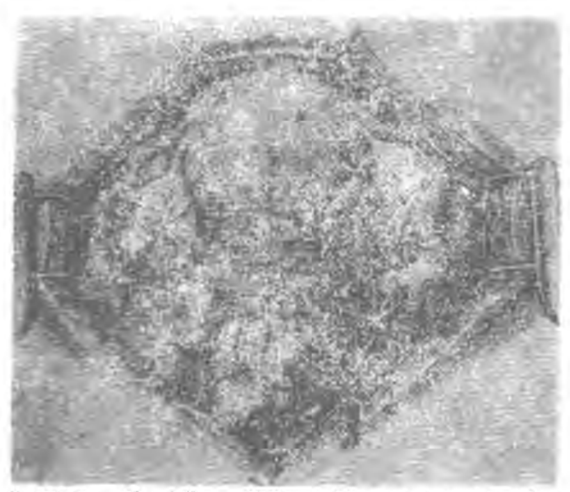


الشكل (١٣٣) الكيسات اللوتهئينيه في الجانبين وترافق الاورام الكوريونية والرحى العدارية

فسد تركيبه وأصبح كثيفا . يمكن أن يبلغ حجم هذه الكيسات حجم قبضة يد صغيرة ، والكيسات الجبرية عبارة عن كيسات ناشئة عن كيسات نظيرة بطانة الرحم Endometrioide Zysten أو ناشئة عن كيسات فوليكولينية قديمة أو كيسات الجسم الاصفر التي حدث فيها نزف وأصيب دم النزف هذا بالفساد والتكاثف .

الكيسات ما حول المبيض أو الكيسات المجاورة للمبيض :
: Parovarialzysten = **Epoophorouzysten**

تظهر هذه الكيسات بالفحص النسائي (بالمس المهبلي المشروك بالجس البطني) وكأنها كيسات مبيضية ، لكنها في الواقع لا علاقة لها بالمبيض اذ



الشكل (١٣٤) الكيسة الجيرية او الشوكولاتية

لا تنشأ عنه بل تنشأ عما حوله من النسج التي هي ليست الا بقايا اقنية موللر Müllersche Gaenge • تتوضع هذه الكيسات تحت البوق أو ما بينه وبين المبيض وبين وريقتي مساريقا البوق اللتين هما جزء من وريقتي الرباط العريض •

ان هذه البقايا المذكورة عبارة عن قنيوات تبدو على هيئة أسنان المشط مستورة بنسيج ابتليالي، فاذا انفصلت هذه الطبقةالابتليالية انتفخت القنيوات وكونت الكيسة ما حول المبيض ، علما بأن أغلب الكيسات المؤلفة من جوف واحد يمكنها أن تنمو كثيرا وتبلغ احجاما كبيرة • إن الكيسات ما حول المبيض كثيرة الحدوث وهي من النوع السليم، وان أصغر أشكالها هي الكيسة المذنبة المائية (Gestielte Hydatide) •هذا ويمكن تشخيص هذهالكيسات عند فتح البطن اذا توفرت العلامات الثلاث التالية :

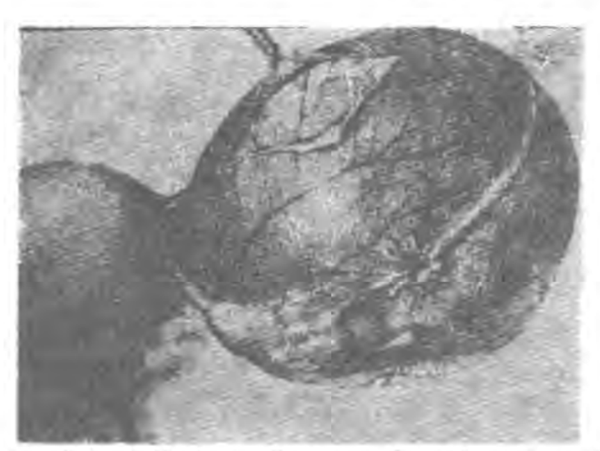
١ ـ تتوضع هذه الكيسات دائما بين وريقتي الرباط العريض •

٢ ـ للكيسة شبكة أوعية دموية خاصة بها تنفصل عن شبكة أوعية دموية أخرى خاصة بوريقتي الرباط العريض وتتصالب هاتان الشبكتان مع بعضهما البعض •

ان تصالب الاوعية الدموية بين الشبكتين صفة مميزة لهذه الكيسات.

٣ ـ يلتصق المبيض الطبيعي والذي لم يطرأ عليه أي تغير بالكيسة ويكون غالبا في قطبها الخلفي .

والواقع ان من النادر التفريق بالفحص النسائي بين كيسات المبيض وكيسات ما حول المبيض ، إذ على الفاحص أن يشعر بالمبيض بشكل صريح جانب الكيسة ليستطيع تفريقهما عن بعضهما البعض وهذا ما يصعب التوصل اليه الا في حالات نادرة جدا .



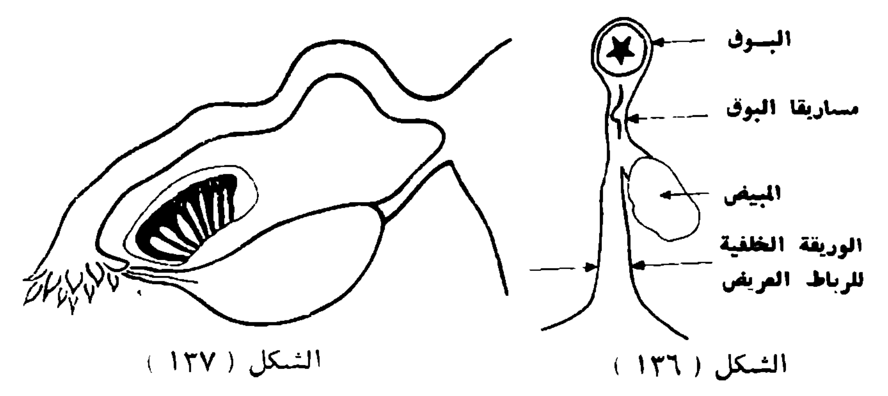
الشكل (١٣٥) الكيسة ما حول المبيض او المجاورة للمبيض حيث نشاهد تصالب الاوعية الدموية عليها والمبيض الذي يقع في قطبها الخلفي

معالجة كيسات المبيض وكيسات ما حول المبيض :

تجب معالجة جميع هذه الكيسات جراحياً وذلك لسببين رئيسيين :

الاول : لايمكننا بالفحص السريري أن نفرق هذه الكيسات عن الاورام المبيضية الحقيقية التي تقتضي معالجتها استئصالها حتما .

الثاني : يمكن لكل الكيسات المذنبة الكبيرة أن تصاب بالانفتال

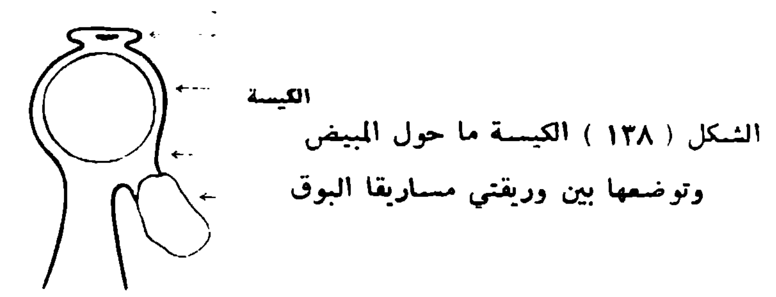


الشكل (١٣٧)

الشكل (١٣٦)

الشكل (١٣٦) الشكل التشريحي لكيسة ماحول المبيض حيث تقع اسفل البوق وبين وريقتي مساريقا البوق

الشكل (١٣٧) الكيسة ما حول المبيض أو المجاورة للمبيض



الشكل (١٣٨) الكيسة ما حول المبيض

وتوضعها بين وريقتي مساريقا البوق

أو بالتمزق أو بالانحباس كما يحدث ذلك في الاورام المبيضية الحقيقية لذا وجب اجراء المعالجة الجراحية •

أورام المبيض الحقيقية (بلاستوما) : Blastome :

تختلف أورام المبيض الحقيقية جدا عن بعضها من حيث بناؤها ، لذلك فان تقسيمها ليس سهلا الا إذا اعتبرنا التقسيم من حيث بناؤها النسجي فقط. وبذلك يمكن تصنيفها الى ثلاثة أنواع :

أولا : الاورام الابتليالية •
ثانيا : أورام النسيج الضام •
ثالثا : الاورام المضغية ـ العجائبية أو المسخية •

ان قسماً من هذه الاورام يولد هرمونات هي إما هرمونات فوليكولينيه. أو أندروجينية (مذكرة)، وللاورام المولدة للهرمونات أهمية كبيرة من الناحيه العمليــة .

١ ــ تقسيم ودراسة أورام المبيض الابتليالية الاكثر حدوثا :

تشكل الاورام الابتليالية ٧٠٪ من كافة الاورام المبيضية ، وقد اقترحت لجنة السرطان العالمية التابعة لجمعية الامراض النسائية والتوليد عام ١٩٦١ تقسيماً لأهم الاورام الابتليالية على الشكل التالي :

I. Epitheliale ovarial tumoren	**أولا ــ الاورام الابتليالية :**
1 - Seroese Kystome	١ ــ الاورام الكيسية المصلية
2 - Muzinoese Kystome	٢ ــ الاورام الكيسية المخاطية
3 - Endometrioide Tumoren	٣ ــ الاورام نظيرة بطانة الرحم
4 - Underfferenzierte karzinome	٤ ــ الاورام السرطانية غير المميزة

١ ــ الاورام الكيسية المصليــة وتقســم الى :

آ ــ الاورام الكيسية المصلية الحليمية الغدية السليمة .

ب ــ الاورام المتكاثــرة الكيسية المصليــة الحليمية الغــدية عديمة الانتشار (ويحتمل أن تكون على الاغلب خبيثة) .

جـ ــ الاورام الكيسية المصلية الغدية السرطانية .

٢ ــ الاورام الكيسية المخاطية وتقسم الى :

آ ــ الاورام الكيسية المخاطية الغدية السليمة .

ب ــ الاورام المتكاثرة الكيسية المخاطية الغــدية عديمــة الانتشار (ويحتمل أن تكون على الاغلب سليمة) .

جـ ــ الاورام الكيسية المخاطية الغدية السرطانية .

٣ ـ **الاورام نظيرة بطانة الرحم :**

آ ـ أورام مبيضية نادرة جدا تشبه من حيث تشكلها النسجي الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، أما منشؤها الحقيقي فلم يتوضح بعد .

ب ـ الاورام نظيرة بطانة الرحم المفرزة والاورام الغدية الكيسية (يحتمل أن تكون أوراماً سرطانية) .

جـ ـ الاورام نظيرة بطانة الرحم الغدية السرطانية وجميعها أورام سرطانية .

٤ ـ **الاورام السرطانية غير المميزة :**

وهي أورام لا يمكن تصنيفها مع الاورام الطبيعية ذات النموذج الخلوي ، أي مع الاورام الاخرى من الناحية النسيجية .

١ ـ **الاورام الكيسية المصلية : Seroese Kystome :**

آ ـ **الاورام الكيسية المصلية الحليمية الغدية السليمة :**
: Benigne Seroese Papillaere Kystadenome

طبيعتها : تتوضع على الاغلب في الجانبين وكثيرا ما تكون مستبطنة للرباط العريض تميل كثيرا نحو التسرطن والانتشار داخل البطن .

وفرتها : تبلغ نسبة هذا النوع من الاورام من ١٥ ـ ٢٠٪ من مجموع الاورام المبيضية .

حجمها : يبلغ حجمها حجم قبضة اليد وقد يصل الى حجم رأس رجل أو أكثر ولكنها لا تبلغ ضخامة الاورام الكيسية المخاطية .

سطحها : يكون قسم من سطحها أملس والقسم الآخر غير منتظم ، يشعر بعقيدات عليه ، تتميز هذه الكيسات بلونها الرمادي الابيض وبجدارها الرقيق .

بناؤها : تكون غالبا ذات جيب واحد ، والسطح الداخلي لجدارها يكون قسم منه أملساً ، بينما تنمو على القسم الآخر حليمات قد تزداد فتملأ جوف الكيسة بأكمله ، كما يمكن لهذه الحليمات أن تخترق جدار الكيسة وتنمو على النسج المجاورة •

محتواها : تحتوي الكيسة على سائل مائي رائق قد يميل الى اللون الاصفر المصلي (لذلك سميت الكيسات المصلية) •

التركيب النسجي : تكون الحليمات مكسوة بنسيج ابتلياني مكعب يكون مهدباً في بعض أجزائه وغير مهدب في الاجزاء الاخرى •

خواصها : تلتصق غالباً بالنسج المجاورة لذلك يندر حدوث الانفتال فيها ، قد تترافق بالحبن كما تتعرض هذه الكيسات أكثر من غيرها للتمزق ، أما انتشار الحليمات الى جوف البطن فيحدث في حالتين :

الاولى : عند تمزق الكيسة •

الثانية : عندما تكون الحليمات نامية على السطح الخارجي للكيسات •

ملاحظة : ان انتشار الحليمات الى جوف البطن لا يدل مطلقاً على تسرطن الكيسة ولدينا أمثلة كثيرة تثبت هذا الرأي ، فمثلا اذا استؤصلت الكيسة وبقيت حليمات كثيرة في جوف البطن ثم فتحنا البطن لسبب ما بعد فترة فاننا سوف لا نجد أثرا لهذه الحليمات إذ تكون قد زالت نهائياً •

ملاحظة : قد نجد في الجهاز التناسلي عند اجراء الفحص النسجي ثلاث حالات يحدث فيها النمو والانتشار كما يحدث في الحالات السرطانية رغم كونها حالات سليمة •

الحالة الاولى : الاندومتريوز Endometriose .

الحالة الثانية : الاورام البريتوانية المختلطة الكاذبة Pseudomyxoma peritonei .

الحالة الثالثة : أورام المبيض الكيسية الحليمية ، هذا ويجب أن نضع نصب أعيننا دائما أن :

نصف الاورام الكيسية الحليمية الغدية تتحول الى أورام سرطانية •

لذلك ولهذا السبب عند فتح البطن ورؤية الكيسات الحليمية يجب أن تقوم عمليتنا على الاستئصال التام للرحم والملحقات دون استثناء أية حالة •

ب ـ الاورام المتكاثرة الكيسية المصلية الحليمية الغدية عديمة الانتشار (الخبيثة غالبا) :

Proliferierende Seroese Papillaere Kystadenome Ohne Stroma invasion (Moeglicherweise maligne)

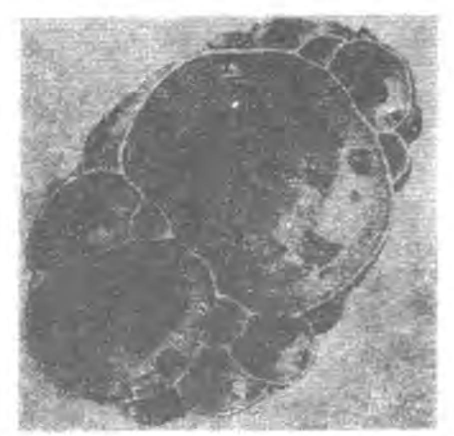
تعتبر هذه الاورام الكيسية حداً وسطاً بين الاورام الخبيثة والاورام السليمة وتسمى النهؤبلاسم Neoplasm ، والخلايا الابتليالية لهذه المجموعة من الاورام قد تبدو بشكلين أو أكثر ، كما أن شكل النواة في خلايا هذا النسيج تختلف كثيرا أو قليلا عن شكل النواة الطبيعية ، لكن هذه الاورام تتميز بعدم انتشارها الى الجوار ، وبأن تكاثرها لا يؤدي الى تخريب النسج الكائنة حولها •

تتميز هذه الاورام الكيسية بالنمو السريع حيث يمتلىء جوف الكيسة بكتلة تشبه القنبيط، كما يمكن لبعض هذه الحليمات أن تخترق جدار الكيسة وتنمو على سطحه الخارجي مشكلة ما يسمى بالاورام الحليمية السطحية ، وقد تكون الاورام الحليمية السطحية بدئية أيضا فتظهر الحليمات مباشرة على السطح الخارجي المكيسة دون وجود الحليمات داخلها ، فتبدو الكيسة وقد التصقت على سطحها سويقات صغيرة تنتهي هذه السويقات بحليمات كما في شكل الفطور ، لذا يمكن أن يبلغ حجم هذه الكيسة حجم رأس طفل ويكون لونها أحمر وقوامها لين وتترافق غالباً بالحبن •

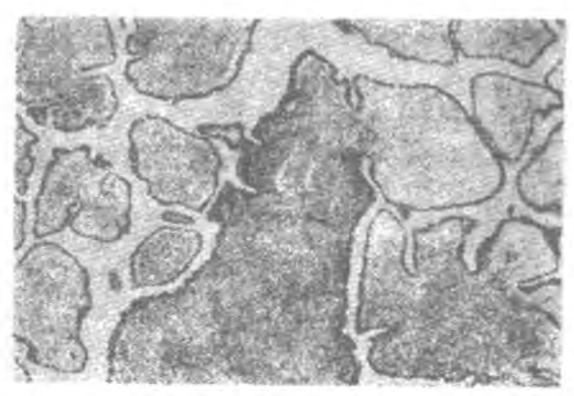
جـ ـ الاورام الكيسية المصلية الغدية السرطانية :
: Seroese Kystadeno - Karzinome

تتجلى الاهمية السريرية لهذا النـــوع في :

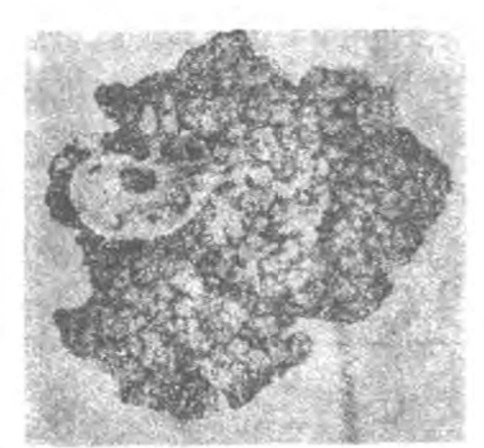
ان نصف الاورام الكيسية المصلية الحليمية الغدية تقريباً والتي هي أورام سليمة سوف تتسرطن •



الشكل (١٣٩) الورم الكيســي المصلي الحليمــي الغدي السليم



الشكل (١٤٠) من الناحية النسجية يكون الورم الكيسي المصلي الحليمي الغدي السليم مستورا بنسيج ابتليالي مكعب مهدّب في بعض اجزائه وغير مهــدب في الاجزاء الاخرى



الشكل (١٤١) الورم المتكاثر الكيسي المصلي الحليمي الغدي عديم الانتشار ويحتمل ان يكون مع الاغلب خبيثاً



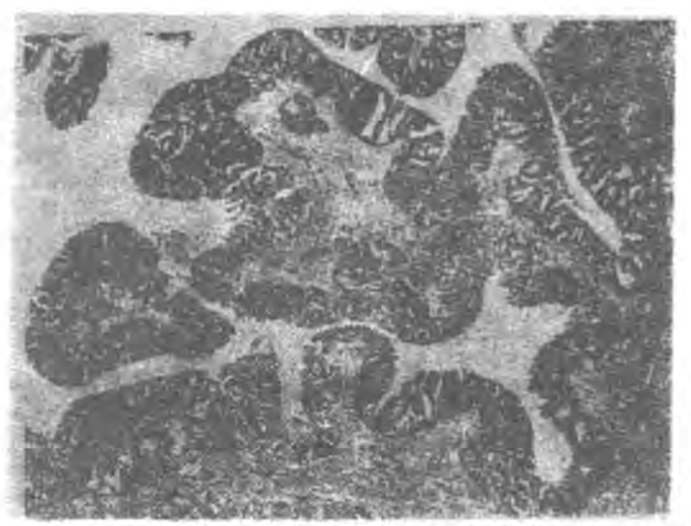
الشكل (١٤٢) الورم الكيسي المصلي الغدي السرطاني

٢ ـ الاورام الكيسية المخاطية : Muzinoese Kystome :

آ ـ الاورام الكيسية المخاطية الغدية السليمة :
: Benigne Muzinoese Kystadenom

(كانت تسمى سابقا الاورام الكيسية الغدية أو الاورام الكيسية نظيرة المخاط وغير ذلك) .

وفرتهـا : تشكل هذه الاورام ما يقرب من ثلثي أورام المبيض الحقيقية أي أغلب أورام المبيض الحقيقية السليمة .



الشكل (١٤٣) المنظر النسجي للورم الكيسي المصلي الغدي السرطاني

سطحها : أملس أو غير منتظم يحوي على حديبات ويكون جدارها غالباً رقيقاً .

حجمها : يمكن أن تبلغ ضخامتها حجماً كبيراً لا يبلغه أي نوع من الاورام المبيضية .

بناؤها : تكون متعددة الاجواف، منها أجواف صغيرة لا يمكن عدها، وأجواف كبيرة ، ويتكون الجوف من فجوة غدية تتوضع في جدار الورم الكيسي المخاطي . تنتج ضخامة هذا الورم عن استمرار تكون الاجواف ، كما أن تمزق الحجب الفاصلة بين هذه الاجواف الصغيرة يؤدي الى تكون الاجواف الكبيرة ، ويمكن رؤية هذا التكون البنائي بوضوح اذا ما أجرينا شقاً معترضاً على الورم الكيسي المخاطي .

السطح الداخلي : غالباً ما يكون السطح الداخلي للجدار أملس ونادرا ما تتوضع عليه عقيدات لؤلؤية الشكل .

التركيب النسجي : تحتوي جميع الكيسات على نسيج مخاطي بسيط

يولد خلايا اسطوانية ، ويشاهد ذلك غالباً في الغشاء المخاطي لقناة عنق الرحم ، وللمعي الغليظ وتكون النواة قاعدية صغيرة •

محتوى الكيسة : يختلف محتوى هذه الاورام الكيسية المخاطية كثيرا فهو أحيانا مخاطي ، وأحيانا غروي (لين) ، وأحيانا أخرى جلاتيني (أقسى من الغروي) •

الاختلاطات :

آ ــ يمكن للكيسات الكبيرة الحجم ونتيجة ملئها لجوف البطن ، أن تؤدي الى اضطراب في وظيفة الامعاء أو وظيفة الحالب أو غيرها وذلك حسب العضو المضغوط بسببها •

ب ــ كذلك قد تنفجر الكيسات الكبيرة الحجم فيستلىء جوف البطن بسائل الكيسة الكثيف الغروي ويغطي الاعضاء والبريتوان بطبقة سطحية ، كما أن بعض القطع النسيجية المتمزقة تتوضع على الامعاء ، والثرب والحجاب الحاجز ، ولكونها قادرة على الحياة فسوف تشكل نسيجاً كيسياً مخاطياً منتجاً لخلايا ابتليالية تنمو على الاعضاء التي توضعت عليها (أمعاء ، ثرب ، بريتوان) بحيث تتشكل أورام كيسية مخاطية جديدة كالورم الاصلي ، تؤدي الى زيادة كمية المادة المخاطية الموجودة في البطن • كما ينتج عن هذا التمزق التهاب البريتوان المزمن وتشكل أنسجة ضامة تحتوي أوعية دموية ، كما يمكن لهذه الانسجة بسبب المادة الغروية التي قد تبلغ سماكتها ١ سم تقريبا ، وبسبب الكتل الورمية التي تشكلت أن تلتصق مع البريتوان التصاقاً شديدا بحيث لا يمكن استئصالها ، وهذا ما يدعى بالورم البريتواني المختلط الكاذب **Pseudomyxoma peritonei** أو بالبطن الغروية **Gallertbauch** وقد سمي حديثاً الورم المختلط الكاذب **Myxoma peritonei** .

الانذار : ان الاورام الكيسية المخاطية من الناحية النسجية هي أورام سليمة قد يتحول ١٠٪ منها الى أورام سرطانية ، بعكس الاورام الكيسية المصلية الحليمية التي تصل نسبة التسرطن فيها الى ٥٠٪ •

أما الاورام الكيسية المخاطية التي انفجرت وكونت الاورام المختلطه البريتوانية ، فانها تترافق بأعراض تشابه أعراض الاورام الخبيثة ، حيث تأخذ الغدد الابتليالية المتبقية بعد استئصال الورم بالنمو والتكاثر وزيادة مفرزاتها شيئاً فشيئاً ، ثم لا تلبث المريضة أن تصاب بضعف في القلب وفي جهاز الدوران وضعف عـام سـوف يودي بحياتها وهـذا ما يسـمى بالدنف المبيضي . Ovarielle Kachexie

المعالجـــة :

تكون المعالجة جراحية أو شعاعية أو كلاهما معاً وسنرى ذلك مفصلا .

ب ـ الاورام المتكاثرة الكيسية المخاطية الغدية عديمة الانتشار (الخبيثة غالبا) : Proliferative Muzinoese Kystadenome

تشبه هذه الاورام الاورام المتكاثرة الكيسية المصلية الحليمية الغدية عديمة الانتشار (أي عديمة الانتشار الى اللحمة) .

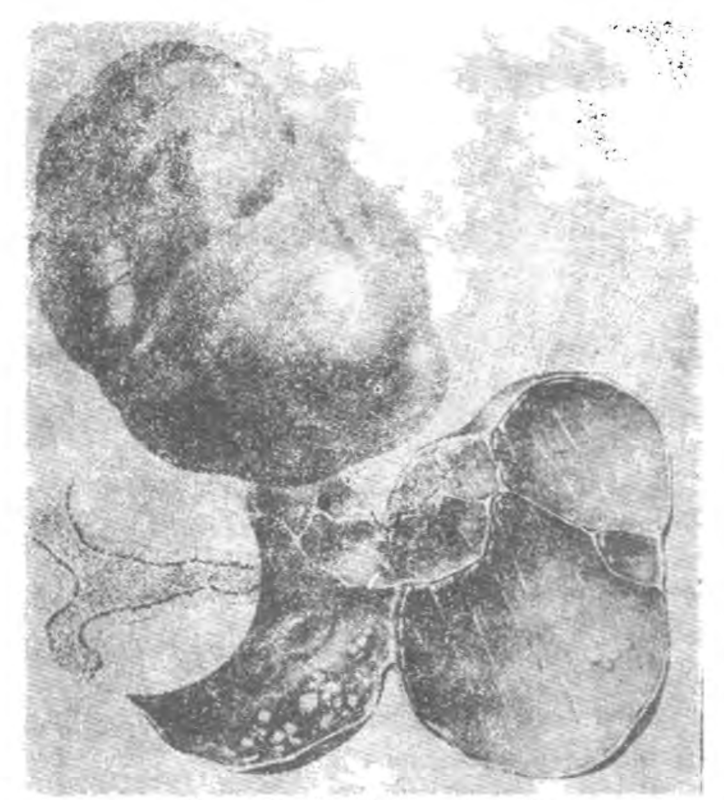
جـ ـ الاورام الكيسية المخاطية الغدية السرطانية :
Muzinoese Kystadeno - Karzinome

هي أورام سرطانية تحتوي عـلى كافـة درجات التسرطن .

الاورام نظيرة بطانة الرحم : Endometrioide Tumoren :

آ + ب ـ الاورام نظيرة بطانة الرحم الكيسية الغدية =
الكيسات الجيرية او الكيسات الشوكولاتية :
Endometrioide Kystadenome =
Sog. Teer - oder Schokoladen Zysten

تنتشر هذه الاورام سواء في لب المبيض أو في قشره تشبه في بنائهـا النسجي البناء النسجي للغشاء المخاطي لباطن الرحم لذلك سميت الاورام نظيرة بطانة الرحم Endometrioide ، والتشابه المذكور ليس فقط بالشكل الخلوي وانما أيضا بالعمل الوظيفي ، إذ تطرأ على هذه الاورام تغيرات وتطورات تشبه ما يحدث في الغشاء المخاطي لباطن الرحم في زمني الطمث ،

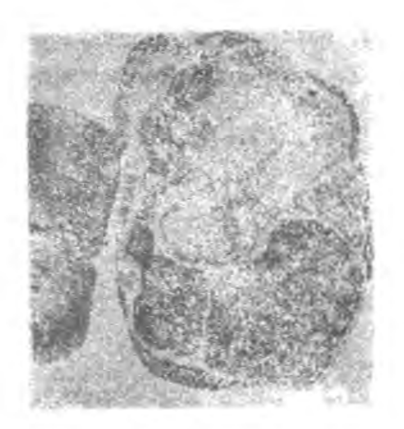


الشكل (١٤٤) الورم الكيسي المخاطي الغدي السليم – بنيته – منظره النسجي



الشكل (١٤٥) الورم المختلط الكاذب

أو كما يحدث أيضا في الغشاء الساقط أثناء الحمل . تؤدي هذه التطورات الى تشكل أجواف ممتلئة بالدم تتحول شيئاً فشيئاً الى ما يسمى بالكيسات الجيرية أو الشوكولاتية ، حيث تتوضع غالباً في الجانبين ويبلغ حجمها حجم



الشكل (١٤٦)
الورم الكيسي المخاطي
الغدي السرطاني



الشكل (١٤٧)
المنظر النسجي للورم الكيسي
المخاطي الغدي السرطاني

قبضة اليد الصغيرة أو يزيد . إن سبب نشوء هذه الاورام نظيرة بطانة الرحم يعود الى أحد السببين التاليين :

الاول : هجرة خلايا من الغشاء المخاطي لباطن الرحم .

الثاني : وجود هذه الخلايا في الاصل ومنذ الحياة الجنينية داخل المبيض ، إلا أنه لم يثبت بعد ترجيح أحد السببين على الآخر .

ج ـ الاورام نظيرة بطانة الرحم الغدية السرطانية :
Endometrioide Adenokarzinome

نجد في هذه الاورام كافة درجات التسرطن وهي في الواقع أورام نادرة جدا .



الشكل (١٤٨) تطور الاورام نظيرة بطانة الرحم الكيسية الغدية الى كيسات جيبية أو شوكولاتية

٤ ـ الاورام السرطانية غير المميزة : Undifferenzierte Karzinome:

تنتمي الى هذا النوع الاورام التي تكون نسبياً أغلب سرطانات المبيض ، وهي أورام غير مميزة لا يمكن نسبتها بشكل أكيد وصريح الى أية مجموعة سرطانية ذات صفات واضحة .

سرطانات المبيض من الناحية السريرية

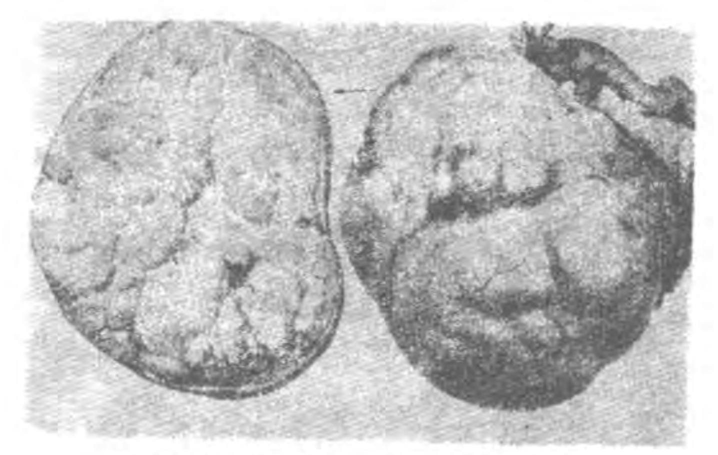
(الاورام الابتليالية الخبيثة في المبيض) :

Klinik der Ovarialkarzinome
Bösartige epitheliale Geschwülste des Ovars
Malignant epithelial tumors of ovary

وفرتها : تشكل هذه الاورام ٣٠ ـ ٣٥٪ من كافة أورام المبيض الحقيقية وتكون مزدوجة أي في الجانبين في ٥٠٪ من الحالات .

حدوثها : تحدث هذه الاورام في كافة الاعمار ولكن ١٠٪ منها تصيب الشابات والبنات الصغيرات .

نموها : تنمو هذه الاورام غالباً نمواً سريعاً جداً إذ يمكن خلال ثلاثة أشهر أن يصل حجمها الى حجم رأس الطفل .



الشكل (١٤٩) الورم السرطاني غير المميّز



الشكل (١٥٠) سرطان مبيضي يشعر به بالمس المشروك بالجس قاسياً في جزء منه وكيسي الملمس ليناً في جزء آخر

أعراض سرطانات المبيض بالمس المشروك بالجس البطني :

في الحالات المتقدمة ترافق هذه الاورام السرطانية بالحبن فاذا ما بزلناه شعرنا بالجس :

١ ــ بأورام قاسية مفصصة خشنة متوضعة غالبا في الجانبين ٠ ·

٢ ـ بأن الكتلة الورمية غير متحركة وملتصقة بما يجاورها •

٣ ـ بوجود قسم من هذا الورم مالئاً للحوض الصغير، قاسياً في جزء منه وكيسي الملمس ليناً في جزء آخر ، غير متحرك ، مفصص ، وسواء كان الفحص بالمس المهبلي أو بالمس الشرجي (وهذا أفضل) نشعر بهذه الكتل الورمية المفصصة في رتج دوغلاس • ان الاعراض المذكورة والتي توجهنا نحو التفكير بالاورام السرطانية قد نجدها نفسها مرافقة للاورام الغدية الحليمية السليمة •

أعراض سرطانات المبيض :

تظهر هذه الاعراض في الدرجات المتقدمة ،

لذا فان الاعراض المبكرة في سرطانات المبيض معدومة ، الا أن هناك طريقة تمكننا من تشخيص سرطانات المبيض في زمن مبكر نسبياً ، وهذه الطريقة هي الفحص المنتظم الدوري للمرأة كل (٩ ـ ١٢) شهراً •

إن الاعراض الاولى لسرطانات المبيض هي أعراض غير وصفية ، تشكو المرأة غالبا من الشعور بالضغط والامتلاء داخل البطن ، لذلك تراجع في بداية الأمر طبيباً داخليا لعدة شهور قبل أن تراجع طبيباً نسائياً • أما في الحالات المتقدمة (أورام كبيرة ، حبن) ، فتشكو المريضة من أعراض بطنية شديدة توجه الطبيب الفاحص نحو التشخيص الصحيح (يعتبر الحبن علامة واسمة في أورام المبيض السرطانية وخاصة عند انتشار هذه الاورام الى البريتوان ، ونحصل بالبزل على سائل مدمي) • يكون الانذار سيئاً عند ظهور الاعراض المذكورة، ويزداد سوءاً اذا ترافقت تلك الاعراض بنقص الوزن، وسوء الحالة العامة ، وفقر الدم ، وتعتبر السحنة المبيضية نتيجة للهزال الشديد ، علامة وصفية للحالات المتقدمة •

في كل الحالات التي تشكو منها المريضة من أعراض بطنية مجهولة السبب (حس ضغط ـ امتلاء) ، يجب أن نفكر بسرطانات المبيض وبخاصة اذا كانت المرأة في سن اليأس •

الاعراض المنبهة لسرطانات المبيض :

١ ـ لا توجد في سرطانات المبيض أعراض مبكرة لوضع تشخيص مبكر كما هو الحال في سرطانات عنق الرحم ، ولكن مقابل ذلك هناك حقيقة واقعية هي أنه بين كل ثلاثة أورام مبيضية يوجد سرطان مبيضي أو سيتشكل سرطان مبيضي •

٢ ـ توجد طريقة واحدة لكشف سرطان المبيض بشكل مبكر نسبياً : هي اجراء الفحوص الدورية المنتظمة من قبل طبيب اختصاصي كل (١٩ـ١٢) شهراً كما ذكرنا من قبل •

٣ ـ ان كل ورم كيسي يجس في القسم السفلي من البطن هو غالباً ورم مبيضي ، إذ أن الاورام الكيسية غير المبيضية في القسم السفلي من البطن نادرة •

٤ ـ ان كل ورم مبيضي شخص بالفحص النسائي سواء كان هذا الورم صغيراً أم كبيراً يجب استئصاله جراحياً ، إذ لا يمكن التأكد من كونه ورماً سليماً أو ورماً خبيثاً الا بعد اجراء العملية الجراحية وفحص خزعة منه •

٥ ـ في كل شكوى بطنية مجهولة السبب وبشكل عام في كل شكوى بطنية لدى امرأة مسنة ، يجب أن نفكر بوجود سرطان مبيضي وبخاصة اذا كانت الشكوى من شعور بالضغط أو بحس الامتلاء داخل البطن خصوصا اذا أصبحت البطن أقسى مما كانت عليه سابقا •

ان هذه الاعراض تثير انتباه الطبيب نحو التشخيص فاذا كان هناك سرطان مبيضي فعلا فالانذار عندئذ يكون بالغ السوء •

بناء على ما ذكر ليس لدينا سوى طريقة واحدة للتشخيص المبكر ، هي كما ذكرنا سابقا ، وهي اجراء الفحوص الدورية المنتظمة كل (٩ ــ ١٢) شهراً ، هذا وفي حال تشخيصنا بالفحص النسائي ورماً مبيضياً مهما كان صغيرا تجب المبادرة الى اجراء فتح البطن الاستقصائي •

٦ ــ هناك ملاحظة اخرى هي :

ان الاورام المبيضية لدى النساء المسنات لا يمكن أن تكون قطعاً أوراماً التهابية، كما في النساء الشابات، بل هي في أغلب الاحيان أورام سرطانية •

لذلك ينصح في هذه الحالات حتى اذا كانت المريضة تشكو منذ سنين طويلة من آفات التهابية في الملحقات باجراء فتح البطن الاستقصائي •

أنواع سرطانات المبيض :

تقسم سرطانات المبيض بالنسبة لمنشئها الى ثلاثة أنواع :

النوع الاول : سرطان المبيض البدئي : Primaere Ovarialkarzinome

ان أغلب سرطانات المبيض البدئية القاسية تنشأ مباشرة من تطور خلايا المبيض الطبيعية •

النوع الثاني : سرطان المبيض الثانوي أو تسرطن الاورام المبيضية :

Sekundaere Ovarialkarzinome
Verkrebste Ovarialtumoren
Secondary Carcinoma of the ovary

ويعني ذلك تحول الاورام المبيضية السليمة الى أورام سرطانية •

النوع الثالث : سرطان المبيض الانتقالي :

Metastatische Ovarialkarzinome
Metastasis of the Carcinoma of the ovary

تنتقل بعض الخلايا المتسرطنة من أعضاء (معدة ــ أمعاء ــ ثدي ــ جسم الرحم) مصابة بالسرطان الى المبيض مكونة سرطاناً فيه ، وهناك ثلاث حقائق مهمة بالنسبة لهذا النوع هي :

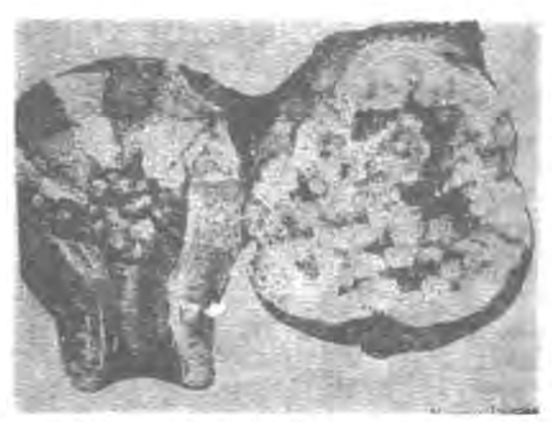
١ ــ تشكل سرطانات المبيض الانتقالية ٢٥ ــ ٣٠٪ من كافة سرطانات المبيض ، إذاً فسرطانات المبيض نسبياً هي غالباً سرطانات انتقالية .

٢ ــ في ٧٥٪ من سرطانات المبيض الانتقالية يتوضع الورم السرطاني البدئي في المجرى المعدي ، أما الـ ٢٥٪ من الحالات الباقية فتكون موزعة حيث يتوضع الورم السرطاني البدئي في ١١٪ في الثدي ، وفي ٧٪ في جسم الرحم ، والباقي في الكبد والمرارة والبنكرياس ويكون الانتقال غالباً عن الطريق اللمفاوي .

تنمو سرطانات المبيض الانتقالية نمواً سريعاً إذ يصل حجمها الى حجم قبضة اليد ، وقد يصل الى حجم رأس طفل ، بعكس ما يجري في الورم البدئي الذي يبقى صغيراً جداً لا يؤدي الى حدوث أية أعراض وقد لا يكشف حتى بعد اجراء فتح الجثة .

> في كل سرطانات المعدة أو الامعاء أو الثدي أو جسم الرحم ، يجب أن نشتبه بوجود سرطان انتقالي في المبيض ، لذا يجب اجراء الفحص النسائي لنفي أو اثبات تكون ورم في منطقة الملحقات .

تدعى سرطانات المبيض الانتقالية التي نشأت عن سرطان بدئي متوضع في المجرى المعدي المعوي بورم كروكنبرغ (سنة ١٨٩٥)Krukenbergtumor وتكون خلايا هذا الورم السرطاني وصفية إذ تكون كبيرة ومنتفخة تشبه الختم .



الشكل (١٥٣) سرطان مبيضي انتقالي نشأ عن سرطان جسم الرحم

أورام المبيض الابتليالية النادرة Seltene epitheliale Ovarialtumoren :

نسبتها : تشكل هذه الاورام (١ ــ ٣٪) من كافة أورام المبيض الابتليالية وهي :

آ ــ ورم برەنەر . Brenner -- Tumor

ب ــ الاورام المنوية Seminom = Disgerminom

جـ ــ أورام الخلايا الحبيبية . Granulosazelltumor

د ــ الاورام المذكرة Arrhenoblastom

والنوعان الاخيران هما من الاورام المكونة للهرمونات لذلك سنأتي على بحثهما تحت عنوان الاورام المبيضية المولدة للهرمونات .

آ ــ ورم برەنەر (سنة ١٩٠٧) :

خواصه : هو ورم سليم عادة وقد يكون خبيثاً بنسبة ١ ــ ٢٪ .

حجمه : قد يصل حجمه الى حجم رأس طفل ، يتوضع غالباً في جانب واحد .

تركيبه النسجي : يتشكل من خلايا ابتليالية دائرية أو مستطيلة تتوضع بشكل جزيرات يحيط بها نسيج ليفي قاس •

منشؤه : لم يتوضح منشؤه بشكل نهائي بعد لكن ماير R. Meger يعتقد أنه ينشأ من خلايا تتجمع بشكل جزيرات في المبيض وقد كشفت هذه الجزيرات في مبايض متعددة •

ب ـ الاورام المنوية : Seminom = Disgerminom .

سميت بهذا الاسم لتشابهها بأورام الخصية •

خواصها : يكون الورم في البداية سليماً لكنه خلال شهور قليلة سرعان ما يستحيل الى ورم خبيث ، ولا تعتبر الاورام المنوية من الاورام المولدة للهرمونات •

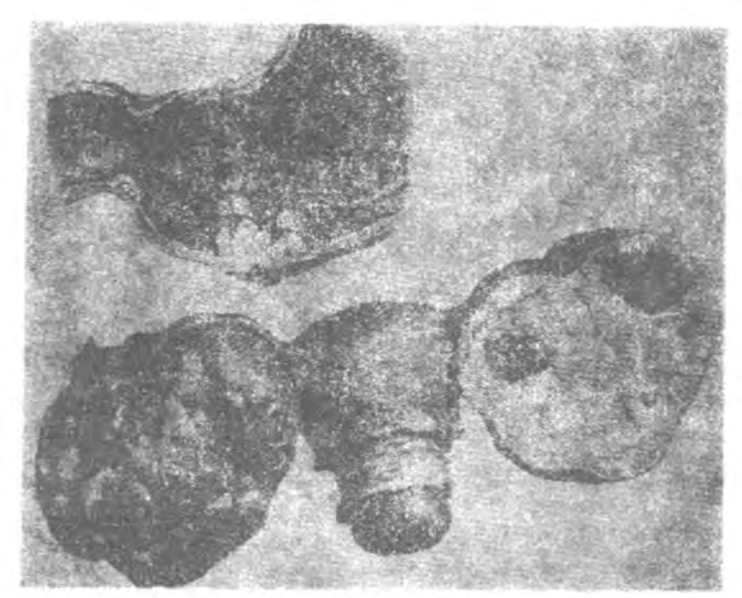
حجمها : قد يصل حجم هذا الورم الى حجم كبير جدا (يزن ٦ كغ) •

تركيبها النسجي : تتكون مـن خلايا ابتليالية ذات أشكال وأحجام مختلفة ، تتوضع غالباً ضمن نسيج لحمي رخو Stroma .

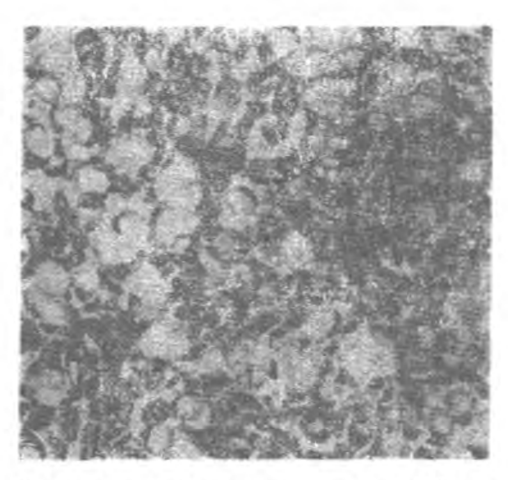
قوامها : قوام هذا الورم يشبه قوام الكوتشوك العجيني وقد تساعد هذه الصفة على تشخيصه قبل اجراء فتح البطن •

حدوثها : ان أكثر المصابات بهذا الورم هن من الفتيات الشابات ، وقد يصيب البنات في سن الخامسة كما يمكن أن يصيب النساء البالغات ، وقد يظهر لدى بعض المصابات بهذا الورم تطور جنسي غير طبيعي (نمو جنسي مبكر ـ خنوثة) ، لذلك فان أهمية هذا الورم لا تكمن في نشوئه بل في العلامات التي ترافقه •

منشؤها : ينشأ هذا الورم من أقسام من النسيج الابتليالي لم تتمايز صفاتها بعد •



الشكل ١٥١ : ورم كروكنبيرغ في الجـانبين



الشكل (١٥٢) المنظر النسجي لورم كروكنبيرغ وتشاهد خلاياه الوصفة الكبيرة والمنتفخة التي تشبه الختم تجاورها خلايا التهابية تقع ضمـن نسيج ضـام

ثانياً ـ أورام النسيج الضام او أورام النسيج الضام المبيضية أو أورام المبيض الناشئة من أورام نسيجية :

II. Bindegewbige Ovarialtumoren

هي أورام نادرة وتقسم الى :

أ ـ **الاورام الليفية** : **Fibrome** :

وهي غالباً أورام قاسية تبقى صغيرة بحجم حبة الكرز لا تكاد تؤدي الى ضخامة المبيض • أما اذا لم تستأصل فقد يصل حجمها الى حجم رأس طفل •

وهناك أيضا الاورام العضلية والاورام العظمية والاورام الغضروفية وهي أورام نادرة جدا •

ب ـ **أورام الخلايا القشرية** : **Thekazellgeschwülste** = **Tkekom** :

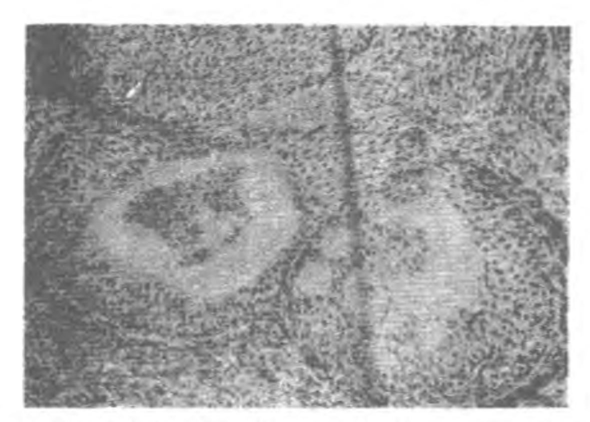
تصيب هذه الاورام النساء بعد سن اليأس وهي أورام مولدة الفوليكولين وسوف نأتي على ذكرها •



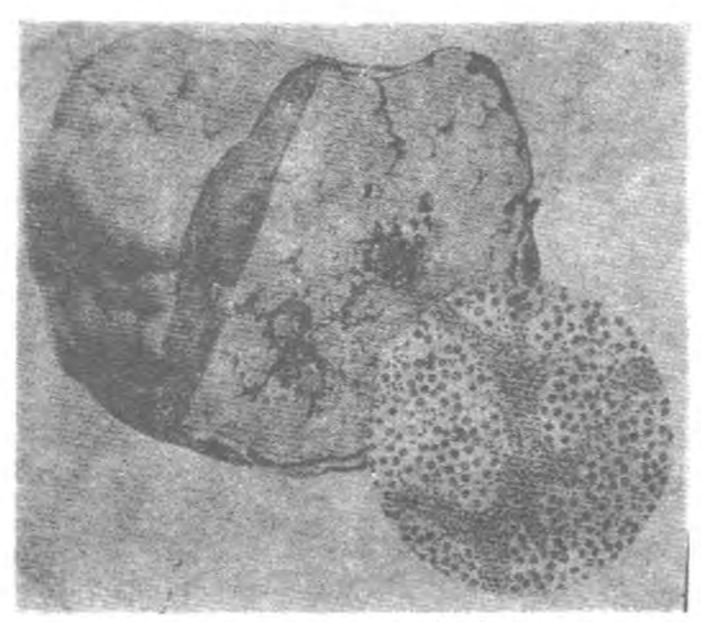
الشكل (١٥٤) ورم بره نه ر

ج ـ **الورم العفلي أو الساركوم** : **Sarkome** :

تشكل هذه الاورام (٢ـ٣٪) من مجموع الاورام المبيضية، وهي أورام خبيثة تصيب النساء الشابات ، قوامها قاس ، قد يصل حجمها الى حجم رأس رجل ، سطحها الخارجي أملس أو مفصص ، أما تركيبها النسجي فانها تتألف من خلايا مغزلية أو خلايا مدورة •



الشكل (١٥٥) ورم بره نه ر حيث تظهر الخلايا الابتليالية متوضعة
على شكــل جزيرات



الشكل (١٥٦) ورم منــوي

تناذر ميغــس : Meigs - Syndrom :

لقد ذكر الطبيبان النسائيان ميغس وكاس Meigs - Cass وهما مــن بوسطن (الولايات المتحدة ١٩٣٧) حالات كانت المرأة مصابة فيها بورم



الشكل (١٥٧) ورم ليفي تتكون داخله استحالات كيسية واورام دموية

ليفي في المبيض مترافق بالحبن مع انصباب في الجنب ، لذا فقد أصبح من المعروف بعد ذلك أن الحبن وانصباب الجنب عرضان يرافقان غالباً الاورام الليفية المبيضية أو أيـة أورام مبيضية سليمة أخـرى كالاورام العضلية المبيضية مثلاً Myomen .

تناذر ميغس :

يعني هذا التناذر اجتماع الاعراض الثلاثة التاليـة :

١ ـ ورم المبيض الليفي أو أي ورم مبيضي سليم آخر •

٢ ـ حبـن •

٣ ـ انصباب الجنـب •

لقد لوحظ أنه بعد استئصال الورم المبيضي ، توقف تكون السائل الحبني والانصباب الجنبي ، لكن العلاقة بين هذه الاعراض الثلاثة لم تتوضح بعد ، ويعتقد أن للاوعية اللمفاوية للحجاب الحاجز دور في نشوء هـذا التناذر •



الشكل (١٥٨) تناذر ميغس حيث تترافق الاعراض الثلاثة ورم مبيضي ، حبن ، انصباب جنب

ثالثا ـ الاورام المضغية أو الاورام العجائبية :

III. Embryonale Ovarialtumoren - Teratome

تتصف الاورام العجائبية جميعها بصفة واحدة هي أنها تنشأ من الوريقات الثلاث ، ونميز من هذه الاورام :

١ ـ الكيسات نظيرة الجلد : وهي أورام مضغية سليمة .
Dermoidzyste = Teratoma odultum (gutartig)

٢ ـ الجدرة المبيضية : وهي كيسة نظيرة الجلد تحتوي على نسيج غدي درقي .

٣ ـ الاورام العجائبية : وهي أورام مضغية خبيثة .
Teratoblastom = Teratoma embryonale (boesartig)

تكون الوريقة الخارجية في الكيسات نظيرة الجلد مسؤولة أكثر من الوريقتين الأخريين عن نشوئها لذلك أطلق عليها اسم نظيرة الجلد ، وهي

تعتبر أوراماً تشويهية أو مسخية ، أما الاورام العجائبية بمعناها الضيق فتعتبر أوراماً حقيقية لهذا دعيت أيضا بالاورام العجائبية •

١ ـ الكيسات نظيرة الجلد أو الاورام نظيرة الجلد :
: Dermoidzysten = Dermoidkystome

خواصها : جميع هذه الاورام تقريباً هي أورام سليمة وقد لوحظت حالات نادرة جدا كانت فيها هذه الاورام أوراماً سرطانية •

وفرتها : تشكل هذه الاورام (٥٪) من مجموع الاورام المبيضية تقريبــاً •

حجمها : يصل حجم هذا الووم الى حجم قبضة اليد أو حجم رأس رجل•

شكلها : شكل هذا الورم كروي متطاول سطحه أملس أو مفصص لكن الاثلام الفاصلة بين الفصيصات غير عميقة •

محتواها : يحتوي هذا الورم على سائل كثيف ومادة دهنية زيتية وأشعار وأحيانا على كتل كروية تشبه كريات الزبدة •

إذا ما أفرغت المادة السائلة نشــاهد على السطح الداخلي استطالات تسمى استطالات نظيرة الجلد تكون مكسوة بطبقة جلدية مشعرة ، ويشاهد ضمن هذه الاستطالات أحيانا أسنان ، أعضاء من القسم العلوي للجسم ، قطع عظمية ، دهن ، نسيج غدي ، أجزاء من جهاز العين ، نسيج قصبي ، نسيج رئوي ، أي أنه يمكن لهــذه الكيسات أن تحتوي عــلى خليط من الانسجة المختلفة •

ميزاتها : تتجه هذه الكيسات نحو التقيح أو الانفجار لتفرغ محتواها في أحد الاعضاء المجاورة كالمستقيم مثلا •

٢ ـ الجدرة المبيضيــة Struma ovarii :

تسمى الكيسة نظيرة الجلد اذا كانت تحتوي على نسيج غدي درقي

أكثر نسبياً من بقية الانسجة الاخرى الجدرة المبيضية • وهي أورام نادرة يسكن أن يبلغ حجمها حجم رأس طفل ، كما يمكن للنسيج الغدي الدرقي الموجود أن يفرز هرمون التيروكسين مما يعرض المريضة الى الاصابة بأعراض فرط التيروكسين وتزول هذه الاعراض بعد استئصال الكيسة •

هناك ثلاثة أعراض توجهنا نحو تشخيص الكيسة نظيرة الجلد هي :

الاول : موقعها : حيث تتوضع غالبا أمام الرحم في الرتج الرحمي المثاني •

الثاني : قوامها : مرن يشبه الكوتشوك •

الثالث : حدوثها : تصيب غالبا النساء الشابات •



الشكل (١٥٩) ورم عجائبي

٣ ـ الاورام العجائبية أو الاورام المضغية الخبيثة :

: Teratoblastom = bösartiger embrionaler Tumor

تعتبر هذه الاورام من الاورام النادرة جدا وتتصف بسرعتها الشديدة في النمو ، كما تبدي أشد أعراض التسرطن • أما محتواها فهي بعكس ما نشاهده في محتوى كيسات نظيرة الجلد من أنسجة كاملة التكون أو من

أعضاء تامة النمو حيث نشاهد فيها أنسجة حديثة مضغية عديمة التمايز مكونة من الوريقات الثلاث •

الاورام المبيضية المولدة للهرمونات او الاورام الوظيفية :
Hormonbildende Overialtumoren
(Hormonogenic tumors of the ovary)
Funktionstumoren

ان قسماً من أورام المبيض يقوم بافراز هرموني يميز منها :

١ ـ المولدة للاوستروجين :

آ ـ أورام الخلايا الحبيبيـــة

ب ـ أورام الخلايا القشرية

٢ ـ المولدة للاندروجين :

آ ـ أورام الخلايا الحبيبية •

ب ـ أورام الخلايا القشرية •

٣ ـ المولدة للتيروكسـين :

الجدرة المبيضية وقد مر ذكرهـا •

١ ـ المولدة للاوستروجين :
Oestrogenbildner (Estrogene tumors)

آ ـ أورام الخلايـا الحبيبيـة Granulosazelltumoren :

وفرتها : تشكل هذه الاورام (٢ ـ ٣٪) من كافة الاورام المبيضية •

حدوثها : تصيب هذه الاورام النساء بعد سن اليأس وبخاصة المتقدمات في السن منهن، ويعتبر أول من أثبت افراز هذه الاورام لهرمون الاوستروجين هم شرودەر ـ زيبكه ـ شوشانيا :
R. Schroeder H. Siebke und Schuschania

ينتج عن افراز الاوستروجين (الفوليكولين) من جديد اصابـة هؤلاء

النسوة المسنات بفرط التصنع الغدي للغشاء المخاطي لباطن الرحم مما يؤدي الى حدوث نزوف رحمية ، كما يتضخم الرحم ويكبر حجم الثديين فتصبح المرأة وكأنها قد عادت الى سن النشاط التناسلي • أما اذا أصابت هذه الاورام الفتيات الصغيرات فسيؤدي ذلك الى حدوث البلوغ المبكر وحدوث العادة الشهرية لديهن ، كما تنمو أيضا الأثداء والأشعار والبظر •

في كل نزف رحمي عند امرأة متقدمة بالسن يجب أن نفكر بالسرطان بالدرجة الاولى ثم بورم الخلايا الحبيبية بالدرجة الثانية •

أما الاعراض التي ترجح ورم الخلايا الحبيبية فهي أربعة :

١ ــ النزف الرحمي •

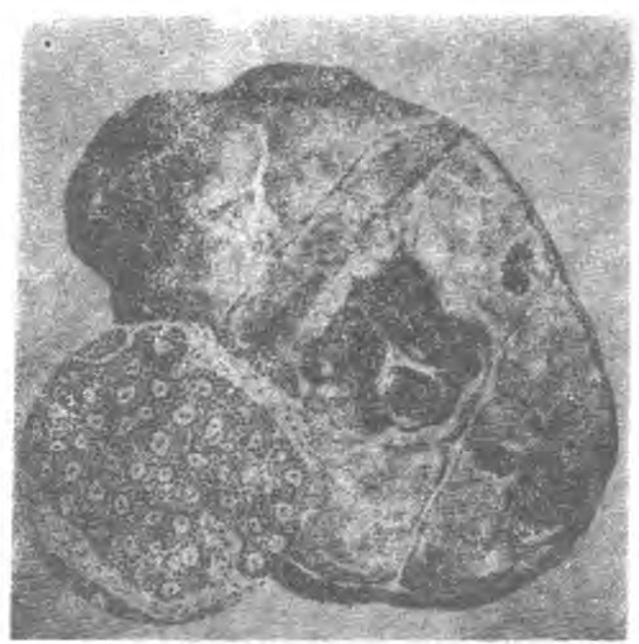
٢ ــ فرط التصنع الغدي ويشخص بالفحص النسجي للمادة المجرفة من الرحم (ينجم عن وجود الفوليكولين) •

٣ ــ الورم المبيضي الذي نشعر به بالمس المهبلي ، ولكن يمكن أن تكون هذه الاورام المبيضية صغيرة الحجم لا يتجاوز قطرها ٤ ــ ٥ سم فلا يمكن الشعور بها عند اجراء المس •

٤ ــ وجود الفوليكولين ويشخص بالفحص الخلوي للطاخة المهبلية ، وقد نضطر الى أخذ عدة لطاخات مهبلية للفحص اذا كانت النتائج الاولى سلبية •

والواقع أن النزف الرحمي في أغلب الاحيان يكون هو السبب الذي يدفع المرأة الى مراجعة الطبيب •

الفحص النسجي : لا يختلف النسيج الورمي عن النسيج الابتليالي الطبيعي للجريب ، الا أن هناك علامات خاصة تميز هذا الورم هي تشكل أجواف صغيرة داخله •



الشكل (١٦٠) ورم الخلايا الحبيبية

الانـذار : ان ٣٥٪ من هذه الاورام تتطور الى أورام سرطانية تنتشر الى جوف البطن بسرعة كبيرة ، وقد تنتشر في حالات نادرة الى العظام • هذا ويصعب التفريق بالفحص النسجي بين الاورام الحبيبية السليمة والاورام الحبيبية الخبيثة ، كما أن من خصائص هذه الاورام عامة هي أنها أورام ناكسة لكن نكسها لا يحدث الا بعد مرور سنين طويلة •

المعالجـة : تكون المعالجـة جراحية وذلك بالاستئصال التام للرحم والملحقات ولكن غالبا تكون العملية الجراحية في الاورام الخبيثة متأخرة إذ يكون الورم قد انتشر الى الاعضاء المجاورة •

ان كل امرأة في ما بعد سن اليأس (مضى على آخر طمث لها أكثر من ست سنوات) مصـابة بنزف رحمي ، وثبتت اصابتها بفرط التصنع الغدي ، كما أثبت فحص اللطاخة المهبلية وجود الفوليكولين ، فالتشخيص

حتماً هو ورم مبيضي حبيبي أو قشري أو قشري مولد للهرمون ، وتكون المعالجة في هذه الحالة معالجة جراحية ، وذلك بالاستئصال التام للرحم والملحقات حتى اذا لم نشعر بالمس بأية كتلة ورمية في منطقة المبيض •

ومما تجدر ملاحظته هو أنه بالفحص النسجي أيضا يمكن الوقوع بالخطأ في التشخيص التفريقي بين فرط التصنع الغدي للغشاء المخاطي لباطن الرحم وبين الورم الغدي عند امرأة مسنة ، إذ أن البناء النسجي في الحالتين متشابه لكن المعالجة تختلف اختلافاً كبيرا ، حيث يكتفي باجراء تجريف باطن الرحم في حالة فرط التصنع الغدي ، بينما في حالة الورم الغدي يجب اجراء فتح البطن الاستقصائي • الا أن هناك طريقة مهمة في التشخيص التفريقي بين هاتين الحالتين هي اجراء الفحص الخلوي المهبلي (لطاخة مهبلية) •

ب ـ أورام الخلايا القشرية : **Thekazelltumoren** :

ان الاورام المولدة للاوستروجين هي أورام نادرة وغالبا ما تكون أوراما سليمة ، وهي تشاهد لدى النساء المتقدمات جدا أو الطاعنات في السن ، ولها نفس التأثير التي تحدثه أورام الخلايا الحبيبية • تتكون هذه الاورام من نسيج ضام (نسيج ليفي Fibrom) ومن خلايا شحمية (تنشأ هذه الخلايا من القسم الباطن للطبقة القشرية) ، ويعتبر احصائياً أن (٨ـ١٠٪) من هذه الاورام القشرية هي أورام خبيثة •

ملاحظة :

اذا ثبت بالفحص الخلوي للمادة المجرفة من الغشاء المخاطي لباطن الرحم لدى امرأة مسنة مضت ست سنوات فأكثر على آخر طمث لها أنها مصابة بفرط التصنع الغدي ، فالتشخيص غالبا هو ورم الخلايا الحبيبية، ونادرا ورم الخلايا القشرية، حتى اذا لم نشعر بالمس المهبلي بوجود هذا الورم المبيضي •

٢ ـ الاورام المولدة للاندروجين (Androgenic) Androgenbildener

آ ـ الاورام المذكرة أو الاورام المبيضية المكونة للذكورة : Arrhenoblastom

هي أورام نادرة تصيب النساء في كافة الاعمار ولكن يغلب حدوثها بين السن (٢٠ ـ ٣٠) من العمر •

التكون النسجي : تتكون هذه الاورام من أنسجة غير ناضجة مذكرة منذ البدء ، أو أنها قد تحولت الى أنسجة مذكرة (تشبه أنسجة الخصية عند الجنين) ، تنمو محدثة انتشارات خلوية غدية أو خلوية أو خلوية قاسية وتشبه هذه الاورام من حيث تكونها النسجي الاورام الخبيثة ، أما من حيث سيرها السريري فتشبه الاورام السليمة •

تقسم هذه الاورام من حيث تأثيرها الهرموني الى نوعين :

النوع الاول : الاورام المزيلة للعلامات الانثوية : Entweiblichung :

ونعني بذلك انقطاع الطمث ، ضمور الرحم ، ارتخاء الاثداء ، زوال الشحوم من الامكنة التي تتجمع فيها لدى المرأة ، فقدان الميل الجنسي •

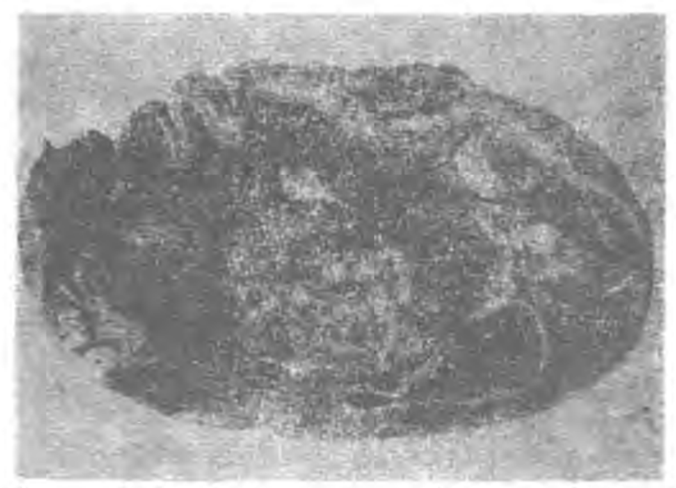
النوع الثاني : الاورام المذكرة المحدثة للخنونة :
Vermaennlichung = Virilisierung :

ونعني بذلك نمو شعر الذقن ، نمو الاشعار في القسم العلوي من الجسم وفي الوجه ، تضخم البظر ، تغير منظر الوجه بحيث تبدو عليه ملامح الرجولة ، خشونة الصوت ، انقطاع الطمث •

تزول كافة العلامات المذكورة عند استئصال الورم وتعود الحالة الى طبيعتها من جديد ، عدا البظر الذي لا يعود الى حجمه السابق ، هذا ويمكن حدوث الحمل عند هذه المرأة في المستقبل •

قد تؤدي أورام الكظر المفرزة للهرمونات الى أعراض ذكورة أيضا ، لذا فان التشخيص التفريقي بين هذين الورمين المحدثين للذكورة هو أمر

ضروري ، ويكون ذلك بحقن الكورتيزون أو الكوريون غونا دوتروبين ، فاذا حقنا الكورتيزون وأدى ذلك الى نقص في طرح الـ ١٧ كەتوستەروئيد كان الورم ورماً كظرياً ، أما اذا حقنا الكوريون غونا دوتروبين وأدى ذلك الى زيادة في طرح الـ ١٧ كەتوستەروئيد كان الورم عندئذ ورماً مبيضياً مولداً للاندروجين .



الشكل (١٦١) ورم مذكر أو ورم مبيضي مكون للذكورة بحجم رأس رجل

ب ـ الاورام المبيضية الكظرية : Ovarial - Hypernephrome :

هي أورام نادرة جدا قد يكون منشؤها نسيج هاجر من الكظر ، وهي غالبا أورام خبيثة وتشبه في تأثيرها تأثير الاورام المبيضية المكونة للذكورة .

٣ ـ الاورام المولدة للتيروكسين Thyroxinbildner :

وهي الجدرة المبيضية وقد مر ذكرها .

اختلاطات الاورام المبيضية :

١ ـ التسرطن .
٢ ـ الانفتال .
٣ ـ التقيح .

٤ ــ انحباس الورم •
٥ ــ تمزق الورم (انفجار الورم) •

١ ــ التسرطن : وقد مر ذكر هذا البحث تحت عنوان الاورام السرطانية غير المميزة •

٢ ــ الانفتــال :

ملاحظــة :
كل ورم مبيضي متحرك هو ورم مذنب وكل ورم مبيضي مذنب يعرض المريضة الى خطر حاد مميت بسبب انفتاله •

أما الاجزاء التي يحتوي عليها الذنب فهي :

آ ــ الحبــل الرحمي المبيضــي أو الربــاط المبيضي الخــاص ، Corda Utero - ovarica = lig. ovarii proprium مع الفــرع المبيضي Ramus ovaricus، للشريان والوريد الرحميين •

ب ــ البوق (ويكون غالبا منفتلا مع بقية أجزاء الذنب) Tube .

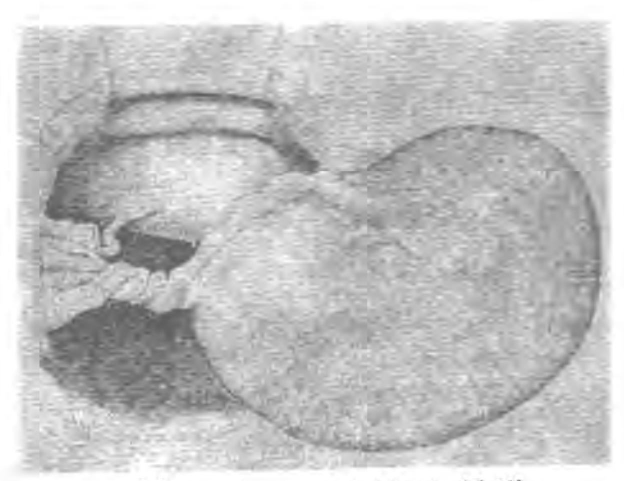
جـ ــ الرباط العريض Plica lata uteri (lig. latum) .

د ــ الربــاط المعــلق المبيضي مــع الشــريان والوريــد المبيضيين Plica Suspensoria ovarii (lig. infundibulo - pelvicum) mit A. und V. ovarica.

كيفية حدوث الانفتال : اذا كان حجم الورم كبيرا واجتاز حــدود الحوض وكان متحركاً ، فان حركة دورانية ما يقوم بها الجسم يمكنها أن تنتقل الى الورم مؤديــة الى انفتاله (الرقص ــ التقلــب في الفراش ــ التمرينات الرياضية ــ التوقف المفاجيء لسيارة تستقلها المريضة) •

ويمكن للذنب أن يدور حول نفسه من (١ ــ ٦) دورات ، وتقدر نسبة حوادث الانفتال في الاورام المبيضية من (١٠ ــ ١٥٪) •

نتائج الانفتال : بالنسبة للورم في بادىء الامر لدى حدوث الانفتال ، تنهرس الاوردة الصغيرة لدقة جدرها فيتعذر دوران الدم الوريدي الخارج من الورم ، أما في الشرايين التي تكون جدرها سميكة نسبياً فينحبس الدم فيها جزئيا مؤديا الى ارتشاحه داخل الورم الذي يتضم شيئاًفشيئاً ، ويصبح لونه مائلا الى اللون الازرق الغامق أو الازرق المسود ، فاذا كانت نسبة توقف دوران الدم الشرياني كبيرة أصيب الورم عندئذ بالموات ، حيث تتسلخ الطبقة الخلوية السطحية عنه وتلتصق بما يجاورها من الاعضاء (كالثرب والامعاء وجدران البطن) مما يؤدي الى حدوث التهاب البريتوان ، وقد تنتقل الجراثيم المعوية الى الورم المصاب بالموات والملتصق بالامعاء محدثة فيه التقيح وبالتالي التهاب البريتوان المميت :

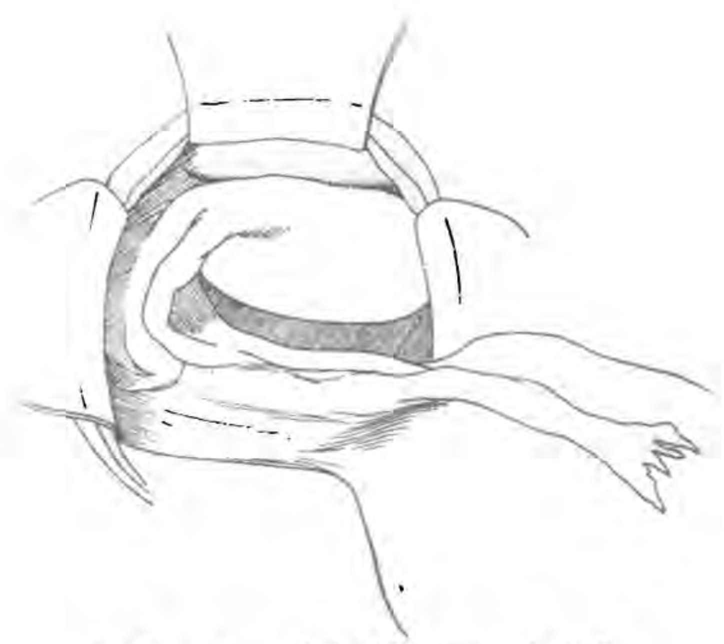


الشكل (١٦٢) ورم مبيضي منفتل

الاعراض السريرية للانفتــال :

١ ـ الالم ويبدأ غالبا بشكل حاد :

آ ـ يكون الألم في أول الأمر نتيجة لشد البريتوان الذي يستر الذنــب •



الشكـل (١٦٣) الاجزاء التي يحتوي عليهـا
الذنب وهنا لا يظهـر الرباط العريضي

ب ـ أما استمراره فيكون نتيجة للتفاعل البريتواني للبريتوان الكائن حول الورم المصاب بالتنخر •

٢ ـ الصدمة البريتوانية : Peritonealer schock :

تصاب المريضة بسوء في الحالة العامة وتظهر عليها أعراض الصدمة : (تعرق ـ غثيان ـ اقياءات انعكاسية ـ الشعور بسوء الحالة العامة) مع تقفع جدار البطن حول مكان الورم (أعراض بطن حادة) •

ان المعـالجة الفنيـة للانفتـال هي فتح البطـن بأسرع ما يمكن •

٣ ـ التقيـح : تقيح الاورام المبيضية غالبا خاصة اذا كانت هناك التصاقات بين الورم وبين الامعاء ، إذ يمكن أن تنتقل الجراثيم المعوية اليه مؤدية الى تقيحه وبالتالي الى احداث التهاب البريتوان ، كما يمكن للجراثيم

أن تنتقل بطريق الدم محدثة خراجا في جدار الورم وبالتالي تقيحا في الورم بأجمعه •

٤ ــ **الانحباس :** تنحبس الاورام المبيضية المتوضعة في قاع الحوض الصغير في مكانها ، اذا أخذت بالنمو وازدياد الحجم دون أن تصعد الى الاعلى وتغادر الحوض ، ومن أعراض هذا الانحباس :

آ ــ موات في جدار المثانة Gangraen قد يؤدي الى تمزق بعض الاوعية مما يؤدي الى حدوث نزوف شديدة •

ب ــ صعوبة التبرز بسبب انضغاط المستقيم بالورم •

٥ ــ **التمزق : انفجار الورم المبيضي :** لقد مر ذكره في بحث سابق ويعتبر من أخطر اختلاطات الاورام المبيضية ، لانه اذا حدث في الاورام الخبيثة أدى الى انتقالها الى بقية الاعضاء ، واذا حدث في الاورام المخاطية أدى الى تكون الورم البريتواني المختلط ، واذا حدث في الاورام الملتهبة أدى الى حدوث التهاب البريتوان •

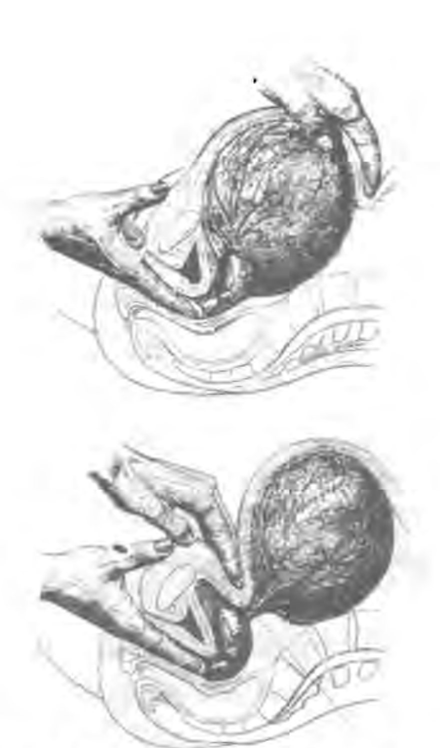
التشخيص التفريقي للاورام المبيضيــة :

اذا استطعنا أن نجس ورماً كيسي الملمس في أسفل البطن فانه على الاغلب ورم مبيضي ، لأن الاورام غير المبيضية في هذا القسم من البطن هي أورام نادرة جدا •

آ ــ الاورام المبيضية الصغيرة الحجم :

أما لمعرفة ما اذا كان الورم المجسوس ورماً مبيضياً أم رحمياً فاننا نلجأ الى طريقة (فايبه بل Weibel) التالية :

تدفع اليد الجاسة الكتلة الورمية نحو الاعلى بينما تبقى اليد الماسة على فوهة عنق الرحم ، فاذا ارتفع الورم نحو الاعلى وبقي عنق الرحم ثابتا في



تبدو في هذين الشكلين (١٦٤ ، ١٦٥) طريقة (ڤايبه ل)
Weibel التي يمكن بواسطتها التفريق بين الورم المبيضي والورم الرحمي

مكانه كان التشخيص ورماً مبيضياً متحركاً ، أما اذا اندفع عنق الرحم نحو الاعلى مبتعدا عن اليد الماسة كان التشخيص ورماً رحمياً •

ان التشخيص التفريقي مهم في الحالتين التاليتين لسهولة التباسهما مع الاورام المبيضية :

الحالة الاولى : أورام المبيض الالتهابية المزمنة :

ان التفريق بينها وبين الاورام الحقيقية المبيضية ليس سهلا دائما وتلعب قصة المريضة دورا كبيرا في هذا التفريق •

الحالة الثانية : الاورام العضلية المستبطنة للرباط العريض : Myome

تكون هذه الاورام غالبا متصلة بقاعدة واسعة بالرحم حيث يشعر

أحيانا كأنها امتداد له ، بينما تتوضع الاورام المبيضية بجانب الرحم بحيث يشعر بالفحص النسائي كأنها منفصلة عنه •

تتوضع الاورام المبيضية الصغيرة والمتوسطة عادة في الحوض الصغير جانب أو خلف الرحم ، مما يؤدي الى دفعه الى الجانب المقابل أو الى الامام مرتفعا قليلا عن عظم العانة ومنضغطا عليه •

ب ـ الاورام المذنبة تحت المصلية : Gestielte Subseroese Myome

يصعب تفريق هذا الورم عن الورم المبيضي ، هذا ويمكن في هاتين الحالتين المذكورتين وضع التشخيص الصحيح بتنظير جوف البطن •

جـ ـ الاورام المبيضية المتوسطة الحجم ، أي الاورام التي تصل حتى مستوى السرة حيث تلتبس هذه الاورام مع :

١ ـ الحمل اذا كان هذا الحمل بين الشهر الرابع والشهر السادس ، ويجب التفكير بامكانية وجوده لدى كل امرأة هي في سن النشاط التناسلي •

٢ ـ الحبن •

٣ ـ الاورام العضلية الرحمية Myome .

٤ ـ الاورام الكلوية واستسقاءات الكلية •

٥ ـ كيسات المساريقا •• الخ •

هذا ويعتبر المس الشرجي ، وفحوص الجهاز البولي ضرورية في اجراء هذا التشخيص التفريقي لهذه الحالات •

د ـ الاورام المبيضية الكبيرة الحجم :

ان تشخيص هذه الاورام الكبيرة سهل جدا ويندر أن تلتبس مع

أورام أخرى ، ويغلب أن لا نجد داعيا للتشخيص التفريقي بالنسبة لها • يمكن تحديد هذا الورم بقرع البطن حيث تكون الطبلية محيطة به الا ان التشخيص التفريقي يصبح ضروريا عند الالتباس بينها وبين الاورام الواقعة خلف البريتوان Retroperitoneale Tumoren والتي تكون عادة نادرة جدا •

> تنمو الاورام المبيضية الكبيرة صاعدة من الحوض الصغير الى البطن ، وتتوضع غالبا أمام الرحم بحيث تضغطه وتدفعه نحو الخلف بشكل يصعب جسه غالبا •

معالجة الاورام المبيضيـــة :

آ ــ المعالجــة الجراحيــة :

تقوم المعالجة على استئصال كل ورم مبيضي سواء كان صغيرا أم كبيرا أدى الى حدوث أعراض مزعجة أم لم يؤد ، كانت المريضة شابة أم مسنة ، كان الورم خبيثاً أم سليماً ، وتظهر ضـرورة استئصال الورم للاسباب التالية :

١ ــ ان بين كل (٣ ــ ٤) أورام مبيضية يوجد ورم خبيث ، وكما نعلم ليس للورم المبيضي الخبيث أعراضاً مبكرة أو علامات صريحة تؤكد خبثه قبل فتح البطن الاستقصائي •

٢ ــ خطر انفتال الورم •

٣ ــ خطر التهاب الورم (التقيح) •

٤ ــ خطر انحباس الورم •

٥ ــ خطر انفجار الورم •

> من هذا كله نستخلص أنــه في حال تشخيص ورم مبيضي يجـب استئصاله وفي أسرع وقت ممكن •

كيف تجرى العملية الجراحية في معالجة هذه الاورام ؟

يجب استئصال كافة الاورام المبيضية عن طريق البطن مع التقيد بمايلي :

١ ــ في الاورام السليمة يجب استئصال البوق مع الورم اتقاء حدوث الاسصاقات ، (هذا ولحدوث الحمل عند هؤلاء النسوة يشترط أن تكون الملحقات في الجهة الثانية سليمة) ، الا أنه يتوجب ترك جزء من المبيض الواجب استئصاله في حال وجود مثل هذه الاورام اذا كانت الملحقات في الجهة الثانية قد استؤصلت سابقاً •

٢ ــ في الاورام الخبيثة يجب استئصال الملحقات في الطرفين ، حتى اذا كان منظر الملحقات في الطرف الثاني لا يدل على اصابته أو انتقال الورم الخبيث اليــه • كما يجب استئصال الرحم استئصالا كليا مع استئصال قسم كبير من الثرب بقدر ما يسمح به حتى اذا لم يشاهد الجراح أي تغير فيه يدل على انتشار الورم اليه • كما قد يضطر الجراح ايضا الى استئصال قسم من الامعاء اذا لاحظ انتقال الورم الى هذا القسم ، وهذه هي الطريقة المتبعة في المشفى النسائي الجامعي في مدينة لايبزيغ •

في أورام المبيض السرطانية يجب أن يكون الاستئصال جذريا على أوسع نطاق ممكن •

٣ ــ في الاورام المشتبه بخبثها يمكن التأكد من سلامة أو خبث الورم بعد فتح البطن باجراء شق عليه وأخذ خزعة منه لفحصها مباشرة ، لكي يتمكن الجراح من معرفة ما يجب عمله عند مداخلته الجراحية وذلك حسب نتيجة الفحص النسجي المجرى على الخزعة •

٤ ــ في الاورام الخبيثة المشخصة سـريريا والتي تكون غـير قابلة للاستئصال ، نجري أيضا فتح البطن الاستقصائي فقد نجد أن الحالة ليست ميؤوساً منها كما تصورنا وذلك للاسباب التالية :

آ ــ قد نجد أن الورم الذي شــخص ورماً سرطانياً ليس الا ورماً حليمياً ، أو أن الورم السرطاني الذي شخص انه ملتصق ولا يمكن استئصاله ، نجد أنه سهل الاستئصال ، أو يمكن استئصاله قسمياً ويعتبر ذلك كسب كبير في سير المعالجة انطلاقا من الفكرة القائلة : (كلما كان الاستئصال أوسع كلما كانت النتيجة أفضل) •

ب ــ نجري فتح البطن الاستقصائي لاخذ خزعة من الورم وفحصها نســجياً •

هذا وتوجد حاليا بشكل عام وجهة نظر في هذه المعالجة تقوم عــلى تطبيق المعالجة الشعاعية بأشعة رونتجن أو بأشعة كوبالت ٦٠ بعد اجراء العمل الجراحي خاصة في الحالات التالية :

آ ــ عندما لا يكون الاستئصال تاماً بحيث تبقى اجزاء من الورم السرطاني في الحوض •

ب ــ عند بقاء بؤر سرطانية خارج الحوض أو في احدى مجموعات العقد البلغمية ، كما تستعمل المعالجة الشعاعية في الاورام السرطانية غــير القابلة للمعالجة الجراحية •

ب ــ المعالجة بالادوية الموقفة للتكاثر الخلوي :

لقد طبقت هذه المعالجة في السنوات الاخيرة لدى النساء المصابــات بأورام المبيض السرطانية المنتشرة واستعملت لذلك المواد التالية :

١ ــ ترهنيمون Trenimon

٢ ــ Bayer E 39 Salbil

٣ ــ سيكلوفوسفاميد Cyclophosphamid مثلا اندوكسان Endoxan .

كما استعملت هذه المعالجة أيضا في أورام المبيض السرطانية غير القابلة للمعالجة الجراحية •

ملاحظـــة :

عند استعمال هذه المعالجة يجب وضع المريضة تحت المراقبة واجراء الفحص الدموي لها لمعرفة الصيغة الكروية وبخاصة تعداد الكريات البيض والكريات الحمر وذلك في فترات متتالية مرتين اسبوعيا ، لان هذه الأدويه المستعملة كما تؤثر على الخلايا السرطانية فانها تؤثر ايضا عــلى الكريات الدموية الحمر والبيض إذ أن هذه الادوية تؤثر على مخ العظام آيضا .

مضادات الاســتطباب .

لا تعالج النساء الحوامل بهذه الادوية ، وتكون هذه المعالجة محظوره قطعاً اذا كانت المرأة في النصف الاول من أشهر الحمل .

المراجـــع

كتاب الامراض النسائية لِ بشيرهمبل — Pschyrembel

كتاب الامراض النسائية لِ كويانك زومەر — Kyank - Sommer

كتاب الامراض النسائية لِ شرودەر — Schroeder

كتاب الامراض النسائية لِ مارتيوس — Martius

محتويات الكتاب (الجزء الثاني)

الموضـــــوع	الصفحة

الموضـــــوع	الصفحة

الموضـــــوع	الصفحة

الموضـــــوع	الصفحة